الاضطرابات السلوكية

الدكتورة
ماجدة السيد عبيد



www.darsafa.net

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ إِلَى عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

صدق الله العظيم

الاضطرابات السلوكية

2

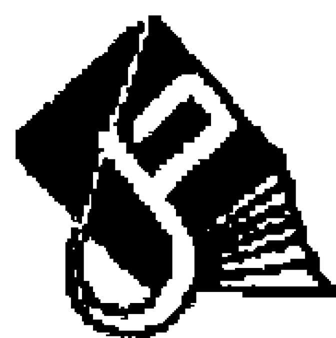
الاضطرابات السلوكية

الدكتورة

ماجدة السيد عبيد

الطبعة الأولى

2015م - 1436هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان



دار صفاء للنشر والتوزيع

رقم التصنيف :616.89

الاضطرابات السلوكية

د.ماجدة السيد عبيد

الواصفات: الاضطرابات// الطب النفسي// السلوك

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/2/828)

ردمك ISBN 978-9957-24-948-9

عمان ـ شارع الملك حسين

مجمع الفحيص التجاري ـ تلفاكس ـ 4612190 6 962+

هاتف ـ 4611169 6 962+ ص . ب 922762 عمان ـ 11192 الأردن

DAR SAFA Publishing - Distributing

Telefax: +962 6 4612190- Tel: + 962 6 4611169

P.O.Box: 922762 Amman 11192- Jordan

E-mail:safa@darsafa1.net

E-mail:safa@darsafa.info

www.darsafa.net

الفهرس

الوحدة الأولى: مدخل إلى الاضطرابات السلوكية

الوحدة الثانية: تصنيفات الاضطرابات السلوكية

الوحدة الثالثة: الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية

الوحدة الرابعة: خصائص المضطربين سلوكياً

الوحدة الخامسة: مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية

الوحدة السادسة: أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً

الوحدة الأولى

مدخل إلى الاضطرابات السلوكية

الوحدة الأولى

مدخل إلى الاضطرابات السلوكية

أولاً: مفهوم الاضطرابات السلوكية

ثانياً: السلوك السوي والسلوك الشاذ

ثالثاً: معايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ

رابعاً: أسباب الشذوذ

خامساً: نسبة وجود المضطربين سلوكياً

الوحدة الأولى

مدخل إلى الاضطرابات السلوكية

تشير أدبيات الاضطرابات السلوكية إلى تسميات أخرى لها نذكر منها الاضطراب الانفعالي أو الإعاقة الانفعالية أو الجنوح أو السلوك الشاذ وغيرها.

ومهما اختلفت هذه التسميات التي تشير إلى موضوع الإضطرابات السلوكية، فإنها تعبر عن أشكال السلوك الانفعالي غير المألوف أو غير العادي، والتي تتطلب تربية خاصة.

أولاً: مفهوم الاضطرابات السلوكية:

يقصد بالاضطراب السلوكي- بوجه عام- شذوذ وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقاً لمعيار محددة بغض النظر عن نوع هذا المعيار، ولقد ذكرت هذا المفهوم العام كبداية لتوجيه انتباه القارئ إلى أن العلماء قد اختلفوا في تعريف الاضطراب السلوكي وأن كل عالم قد اتجه في اتجاه محدد واعتمد معياراً محدداً لتعريفه، ولكنهم جميعاً لم يبتعدوا عن المفهم السابق الذكر للاضطراب السلوكي.

وكما ذكرنا فإن الاضطراب السلوكي هو سلوك مضطرب وغير عادي (شاذ) ويتسم بالحدة والشدة في تكراره، ولذلك يقال عنه بأنه سلوك مضطرب وغير عادي وغير متوافق مع المعايير السلوكية في المجتمع (سواء التوافق الاجتماعي) أو السلوك غير المتكيف، إن سلوك صراخ الطفل في المراحل المتقدمة من العمر هو سلوك عادي على الرغم من شدته وتكراره، وكذلك

سلوك عدم الانتباه، وهو كذلك فالعمر يلعب دوراً في تحديد أن الاضطراب غير عادي، لذلك يجب مقارنة سلوك الطفل ليحكم عليه بأنه مضطرب قياسياً مع سلوك الطفل العادي الذي يماثله في نفس العمر الزمني.

وكون ميدان الاضطرابات السلوكية ميداناً جديداً تم البحث فيه في العقدين السابقين على وجه الخصوص، فقد اختلف الاختصاصيون والتربويون في تحديد تعريف واحد واضح له، عدا أنهم قد اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، حيث أطلقوا عليه عدة مسميات أو عدة مصطلحات، ويذكر (دنير، 1972) أكثر التسميات المستخدمة على نطاق واسع والمتعارف عليها هي:

سوء التكيف	Maladjustment
سوء التكيف الاجتماعي	Social Maladjustment
الاضطرابات الانفعالي الشديد	Seriously Emotionally Dist
مشكلات التكيف	Adjustment Problems
المرض العقلي	Mentally orsick
الجنوح	Delinquent
الإعاقة الانفعالية	Emotionally Handicap
الإعاقة الاجتماعية	Socially Handicap
صراعات الأطفال	children Conflict
الاضطرابات السلوكية	Behavior Disorders

إن الناظر إلى التسميات السابقة يجدها مشتقة من نوع المعيار المستخدم لتحديد السلوك الشاذ، وأن كثيراً من المسميات السابقة قد ذكرت في نفس التعريفات كالجنوح (الانحراف، أو الشذوذ)، إلا أن أكثر المصطلحات والمسميات

المستخدمة بعد مصطلح الاضطرابات السلوكية هو الاضطرابات الانفعالية حيث يعتبره بعض المختصين مصطلحاً مرادفاً لمصطلح الاضطرابات السلوكية، ويرغب البعض، أيضاً في تسمية هذا الميدان بميدان الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ونرجع إلى تعريف الاضطرابات السلوكية، حيث يذكر (هيوارد واورلنسكي 1980)، **أن هناك مجموعة أسباب أدت إلى عدم وجود تعريف واحد معتمد للاضطرابات السلوكية، وهذه الأسباب هي:**

1- عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات لتحديد السلوك المضطرب، وهذا ناتج عن عدم الاتفاق بينهم أساساً على مفهوم السلوك السوي أو الطبيعي.

2- عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك (السوي) أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية، وبالتالي انعكس على صعوبة تحديد الانحراف أو الشذوذ عن هذا الطبيعي، إذ أن لا يستطيع الباحثون الاتفاق على غياب الصحة النفسية في حين أنهم غير متفقين أصلاً على تعريف ما المقصود بالصحة النفسية.

3- تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.

4- اختلاف المعايير الاجتماعية للسلوك المناسب من مجتمع إلى مجتمع آخر فالسلوك المقبول في مجتمع ما قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

5- قد ترتبط الاضطرابات السلوكية بإعاقة أخرى خاصة في حالة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم مما يجعل من الصعب احياناً تحديد السبب

الرئيس في الاضطرابات السلوكية، هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الإعاقة التي يعاني منها الشخص أم هي سبب في تلك الإعاقة.

ومع كل الصعوبات السابقة في الوصول إلى تعريف محدد للمقصود باضطرابات السلوك، إلا أن هناك محاولات عديدة للتغلب على هذه المشكلة، وذلك بمحاولة الاحتكام إلى عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ.

ولقد اقترح (السرطاوي، سيسالم 1987) في كتابهما المعاقون أكاديمياً وسلوكياً وضع التعريفات الخاصة بالاضطرابات السلوكية في مجموعات وذلك لتسهيل التعرف عليها ودراستها، وهذه **المجموعات هي:**

أولاً: مجموعة التعريفات ذات المنحى الاجتماعي.

أ- تعريف روس (1974):

(الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد).

ب- تعريف كوفمان (1977):

(إن الأطفال المضطربين سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة، اجتماعياً، وغير مرضية شخصياً، وذلك بشكل واضح ومتكرر، ولكن يمكن تعليمهم سلوكاً اجتماعياً وشخصياً مقبولاً ومرضياً).

أما هلاهان وكوفمان (Hanllahan and kauffman, 1991)، فيعرفان الأشخاص المضطربين سلوكياً بأنهم الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن

لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة، والذين يمكن تعليمهم سلوكيات اجتماعية وشخصية مقبولة.

وبناء على ذلك فإن الشخص المضطرب السلوك يستجيب كثيراً استجابات غير مقبولة اجتماعياً، وتكون هذه الاستجابات شديدة لدرجة يشعر الآخرون في محيطه بأن هذه الاستجابات مضطربة وغير مرغوبة، وليست ذات جدوى، فضلاً عن تأثيرها في حياته الشخصية وفي تحصيلة الدراسي، وقد تلحق الأذى به وبالآخرين، مما يجعله غير قادر على الاستفادة من إمكاناته بشكل مناسب.

وبناء على ذلك يجد الشخص المضطرب السلوك صعوبة في التوافق مع ذاته ومع الآخرين، ويتجلى ذلك على شكل سلوك غير مرغوب فيه بصورة مستمرة، وهذا ما يتطلب الحاجة إلى تقديم الخدمات التربوية والنفسية المناسبة له، ووضع الاستراتيجيات الكفيلة بذلك.

ج- تعريف هويت (1963):

(إن الطفل المضطرب انفعالياً هو الفاشل اجتماعياً، والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووضعه الاجتماعي، بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته).

أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:

1- السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعياً.

2- السلوك المضطرب متكرر الحدوث.

3- إن الكبار في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك.

4- هناك إمكانية لتعديل السلوك غير المقبول واكتساب سلوكيات مقبولة.

5- أهمية اعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك.

6- إن الاضطرابات السلوكية تعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته.

ثانياً: التعريفات ذات المنحى النفس- اجتماعي.

أ- تعريف سميت ونيثودث (1975).

استخدام كل من سميث ونيثورت مصطلح سوء التكيف الاجتماعي للدلالة على الاضطرابات السلوكية، وأشارا إلى أن مشاكل التكيف تنقسم إلى قسمين كبيرين هما الاضطراب الانفعالي، وسوء التكيف الاجتماعي، فغالباً ما نجد أن أي فرد من الأفراد يمر بخبرات من سوء التكيف في الحياة، وأن مثل هذه الخبرات تكون عادية إذا ما استمرت لفترة زمنية قصيرة ولم تتكرر، فالاضطراب الانفعالي هو مصطلح عام يستخدم للدلالة على حالات كثيرة غير محددة بدقة مثل الأمراض العقلية، والذهان، والعصاب، والمخاوف المرضية، والاجترارية (اوتزم) وغيرها، وأن كل واحدة من هذه الاضطرابات لها خصائصها التي تفصلها وتميزها عن غيرها، وبوجه عام فإن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً من الاضطرابات الانفعالية غالباً ما يكونون عدوانيين، أو انسحابيين، أو كليهما معاً، ولا تتمثل مشكلتهم الأساسية بالخروج عن القواعد والعرف والثقافة الاجتماعية فقط بل أنهم أيضاً عادة ما يكونون أفراداً غير سعداء.

أما سوء التكيف الاجتماعي فيشتمل على السلوك الذي يخرج على القواعد الاجتماعية، فالسلوك قد يكون مقبولاً في إطار ثقافة الطفل المحلية ولكنه قد لا يكون مقبولاً في مجتمع آخر.

ب- تعريف جروبرود (1973):

الاضطرابات الانفعالية هي تشكيلة من السلوكيات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار (مزمنة)، وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع، والعدوان، والاكتئاب، والانسحاب.

ج- تعريف هارنج وفيلبس (1962):

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية هم أولئك الذين لديهم مشاكل خطيرة قليلة كانت أو كثيرة مع الأفراد الآخرين (الأقران، الأهل، المدرسين)، وهم أولئك الأطفال غير السعداء أو غير القادرين على تقديم أنفسهم بطريقة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتعرض للفشل بشكل كبير في حياته بدلاً من النجاح).

د- تعريف نيوكمر (1980):

الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي فيه نفسه والآخرين، في هذه الحالة تقول أن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي).

أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:

1- الاعتماد على اتجاهات الملاحظ الذي يقوم بملاحظة سلوك الفرد في تفسير طبيعة ونوعية السلوك.

2- الاندفاع، العدوان، الاكتئاب، الانسحاب، والخروج عن القواعد والعرف الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكياً.

3- ارتباط الشعور بعدم السعادة بالاضطراب الانفعالي والسلوكي.

4- ارتباط الفشل المتكرر بالاضطراب الانفعالي والسلوكي.

ثالثاً: التعريفات ذات المنحنى التربوي.

أ- تعريف هويت وفورنس (1974):

الطفل المضطرب سلوكياً هو طفل غير منتبه في الفصل (الصف) ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المعلم والمعلمة.

ب- تعريف لامبرت وباور:

(الطفل المضطرب انفعالياً هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه بين المتوسط والحاد وأن هذا الانخفاض في السلوك يعمل بدوره على تخفيض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية، كذلك في تفاعله مع الآخرين، مما يؤثر على خبراته الاجتماعية والتربوية ويجعله عرضة لواحدة أو أكثر من النماذج السلوكية الخمسة التالية بشكل واضح:

1- عدم القدرة على التعلم التي لا ترتبط بالعوامل العقلية، والحسية، أو العصبية أو بالصحة العامة، وإنما ترتبط بالمشاكل السلوكية.

2- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الأقران، والمدرسين والاحتفاظ بهذه العلاقات.

3- أنماط غير ملائمة أو غير ناضجة من السلوك والمشاعر في الظروف العادية.

4- مزاج عام من الشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.

5- ميل لظهور أعراض جسمية مثل مشاكل في النطق والكلام والآم في الجسم، ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية أو مدرسية.

ج- تعريف وودي (1969):

إن الطفل المضطرب انفعالياً هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يتكيف مع معايير السلوك المقبول اجتماعياً مما يؤدي إلى تدهور تقدمه الدراسي، والتأثير على زملائه في الصف، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين.

أهم ما تشير إليه التعريفات:

1- التركيز على السلوك والأداء الدراسي.

2- تأثير الخبرات الاجتماعية والتربوية بالاضطرابات السلوكية.

رابعاً: التعريف ذو المنحى القانوني.

أ- تعريف كفارسيوس وميلر:

استخدام كل من كفارسيوس وميلر مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السلوكية لأن الأحداث الجالحين يظهرون كثيراً من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، فقد عرف جنوح الأحداث من الوجهة القانونية بأنه: (عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة وذلك

بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذه الانتهاكات سواء كان فرداً أو جماعة).

ويشير هذا التعريف إلى أربعة متغيرات معتمدة عند وصف الحدث بالجنوح:

1- خطورة الانتهاك أو المخالفة.

2- شكل أو نمط المخالفة.

3- تكرار المخالفة.

4- سلوك الفرد السابق وشخصيته.

مشكلات في تعريف اضطرابات السلوك:

يستطيع بعض الأخصائيين من غير الأطباء النفسيين وصف بعض الأطفال بأنهم يعانون من اضطرابات في السلوك إلا أن النقل في الرأي يسند في كثير من المجتمعات إلى الأحكام التي تصدر عن أحد الأفراد المدربين على تشخيص الأمراض العقلية وعلاجها هو الطبيب النفسي عادة، يرى كوفمان 1981 أن الانصياع لرأي الطب النفسي في حالات اضطرابات السلوك يقوم على سند قوي من تاريخ طويل لمهنة الطب النفسي من ناحية، كما يرجع إلى وجود مشكلات في التعاريف ترتبط بنماذج من المفاهيم وطرق قياس الشخصية والتوافق وبعض الظواهر السلوكية من الناحية الأخرى.

ظل رأي الطب النفسي لفترة طويلة من الزمن يميل إلى نموذج مبني على مفاهيم الديناميات النفسية التي تقوم بشكل جوهري على بعض المتغيرات الافتراضية التي لا تقبل التثبت من صحتها من خلال الدراسات الواقعية، هذا النموذج السيكودينامي جعل من تعريف اضطرابات السلوك سراً من الأسرار، كما جعل عمليات تشخيص هذه الاضطرابات وتصنيفها لغزاً غامضاً،

وبالإضافة إلى ذلك ليست هناك اختبارات لها درجات كافية من الصدق والثبات بحيث يمكن من خلالها عزل الأفراد الأسوياء عن الأفراد المضطربيين، وترتب على ذلك أن التعرف على اضطرابات السلوك أصبح- إلى حد بعيد- مسألة حكم تقديري بالنسبة لكل حالة فردية حتى إذا كان الأخصائيون ممن يعتنقون اتجاهات ومبادئ سلوكية في معظمها.

فيما يلي نناقش أحد الأمثلة لتعاريف الاضطرابات الانفعالية وهو ذلك التعريف الذي يأخذ به مكتب (تعليم المعوقين) في الولايات المتحدة الأمريكية، كان هذا التعريف قد اقترحه في الأصل (باور 1969) **وينص التعريف على** أن الطفل يعتبر معوقاً انفعالياً إذا ما أمتلك واحدة أو أكثر من الخصائص الخمس التالية بدرجة واضحة وعلى مدى فترة طويلة نسبياً من الزمن، **وهذه الخصائص هي:**

1- عدم القدرة على التعلم التي لا يمكن تفسيرها على أساس عوامل عقلية أو حسية أو صحية.

2- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة على مستوى مرض، أو عدم القدرة على الاحتفاظ بمثل هذه العلاقات مع الزملاء والكبار.

3- وجود أنماط غير ملائمة من السلوك أو المشاعر في ظل ظروف الحياة العادية.

4- وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة أو الشعور بالاكتئاب.

5- ميل إلى تطور أعراض جسمية أو آلام أو مخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو مدرسية.

على أن النص في التعريف على المبادئ (بدرجة واضحة)، و(على مدى فترة طويلة نسبياً من الزمن) تعتبر محكات تفتقر إلى التحديد الموضوعي، كذلك

فإن كل خاصية من الخصائص الخمس التي حددت في التعريف لا يتوافر لها معيار موضوعي يتميز بالثبات والصدق، وترتب على ذلك ضرورة الاعتماد على الحكم، أي التقدير الذاتي للأخصائي لمدى خطورة الاضطراب حتى لو كان هذا الأخصائي قد استخدم بعض المقاييس الموضوعية لأشكال معينة من السلوك كجزء من عملية التقييم.

وأخيراً نختم وصفنا لمفهوم الاضطرابات السلوكية والتعريفات المقترحة لها بتحديد ثلاثة محكات رئيسية يمكن اعتمادها للحكم على السلوك المضطرب وهي:

1- انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً.

2- درجة ومدة تكرار السلوك.

3- اختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات.

وعليه فقد اعتمد تعريف (روس، 1974) السابق على أنه اشمل التعريفات التي يمكن اعتمادها كتعريف للاضطرابات الانفعالية والذي ينص على: (إن الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد).

ثانياً: السلوك السوي والسلوك الشاذ.

يتكون السلوك العادي من تفاعل مجموعة كبيرة من القوى، بعضها داخلي، وبعضها خارجي، وذلك حين يحاط الموقف بمؤثرات خارجية، وقد يبدو لدى البعض بأن السلوك بسيط في مظهره ولكنه في واقعه أعقد بكثير، وإننا إن

نظرنا إلى السلوك نجده في أغلبه مألوفاً وذلك اعتماداً على معايير خاصة بنا، وما نجده غير مألوف لنا نستهجنه ونستغرب منه ولكن بدرجات أيضاً، **إذن فما هو السلوك السوي وما هو السلوك الشاذ.**

أ- السلوك السوي:

يعتبر السلوك السوي بأنه ذلك السلوك الذي يواجه الموقف بما يقتضيه ذلك الموقف في حدود ما يغلب على سلوك الناس تجاه نفس الموقف، فإذا كان الموقف يستدعي الحزن ظهر سلوك الحزن، وإذا كان الموقف يستدعي الضحك قابلناه بسلوك الضحك، وإذا كان هناك سلوكاً مغايراً للواقع تم استهجانه واستغرابه كالضحك في المآتم بدل البكاء.

إن تحديدنا للسلوك الذي نستخدمه في موقف ما ومناسبته له تعتمد على ثلاثة أمور:

1- طبيعة الفرد وخبرته الذاتية في المواقف المشابهة.

2- طبيعة الموقف والشروط الخاصة به.

3- الطريقة أو الوسيلة المستعملة في ذلك الموقف.

وعليه فلا نفترض أن كل الأفراد وفي كل المواقف قادرين على إتباع نفس السلوك والذي يعتبر سلوكاً مناسباً وسوياً.

وعند النظر إلى السلوك والحكم عليه على أنه سوي لا بد من الانتباه إلى بعض المشكلات هي:

1- كثرة تداخل المتغيرات التي تؤثر على السلوك وتشكله.

2- قرب بعض درجات الاستواء من درجات الشذوذ.

3- صعوبة الاتفاق على معيار واحد لتحديد السواء.

4- اعتبار أن معيار السواء هو بحد ذاته متدرج بين شدة السواء وتوسطه وقربه من اللاسواء.

ب- السلوك الشاذ:

يصعب على الفرد أن يحدد السلوك الشاذ بناءً على مجموعة متغيرات نفسية واجتماعية وعقلية، ويجد الفرد نفسه أمام كَمّ هائل من الآراء التي تعطي تصوراً للشذوذ، مثل:

- الشذوذ هو ما يخالف (يعاكس) الاستواء، الاستواء غير واضح.
- الشذوذ هو الاضطراب النفسي الشديد.
- الشذوذ هو السلوك الذي يعبر عن درجة غير مألوفة من ضعف التناسق داخل الشخصية.
- الشذوذ هو السلوك غير المألوف أو المتطرف.

وكما حدث في حديثنا عن السلوك السوي فإنه يصعب تحديد السلوك الشاذ إلا باعتماد معيار محدد يتفق عليه الأخصائيون ويلتزمون به، ويمكن لنا أن نعتمد أحد منحيين في تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ، وهما المنحى الإيجابي والمنحى السلبي، فالمنحى الإيجابي يقتضي الرجوع إلى قواعد إيجابية كالرجوع إلى معيار الصحة النفسية، حيث يعتبر أن السلوك يحدث عند قيام الوظائف النفسية بعملها بشكل متناسق ضمن وحدة الشخصية، أو نقول بأن السلوك السوي هو ذلك السلوك المعبر عن تكيف مناسب يكون فيه التفاعل بين الفرد ومحيطه وبينه وبين نفسه تفاعلاً مثمراً.

أما المنحى السلبي، فيكون بتحديد معيار للشذوذ، باعتباره معاكس

الاستواء والنظر إلى السلوك السوي بعد ذلك على أنه السلوك الذي لا يكون شاذاً.

وسوف يتضح مفهوم السلوك السوي والسلوك الشاذ بعد التطرق إلى المعايير التي تحدد السلوك في العنوان القادم من حيث سواؤه أو شذوذه.

ثالثاً: معايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ:

كما ذكرنا في حديثنا عن السلوك السوي والسلوك الشاذ وعن الاضطرابات السلوكية كمفهوم بأنه لا بد من اعتماد معايير محددة للحكم على السلوك، لذا فقد اقترح العلماء في ميدان الصحة النفسية وعلم النفس وعلم الاجتماع مجموعة معايير أهمها:

1- المعيار الإحصائي.

2- المعيار الذاتي أو الفردي.

3- المعيار الاجتماعي.

4- المعيار الطبيعي.

5- المعيار النفسي الموضوعي.

6- المعيار التكاملي أو السريري.

وفيما يلي توضيح لتلك المعايير مع ذكر أهم السلبيات التي أخذت على كل معيار إن وجدت.

1- المعيار الإحصائي:

تذهب فكرة التوزيع الطبيعي إلى أن الطبيعة تميل بصورة عامة إلى الاعتدال، والتوسط فيما تنطوي عليه من الحوادث، والمظاهر الكمية، وأن أكثر

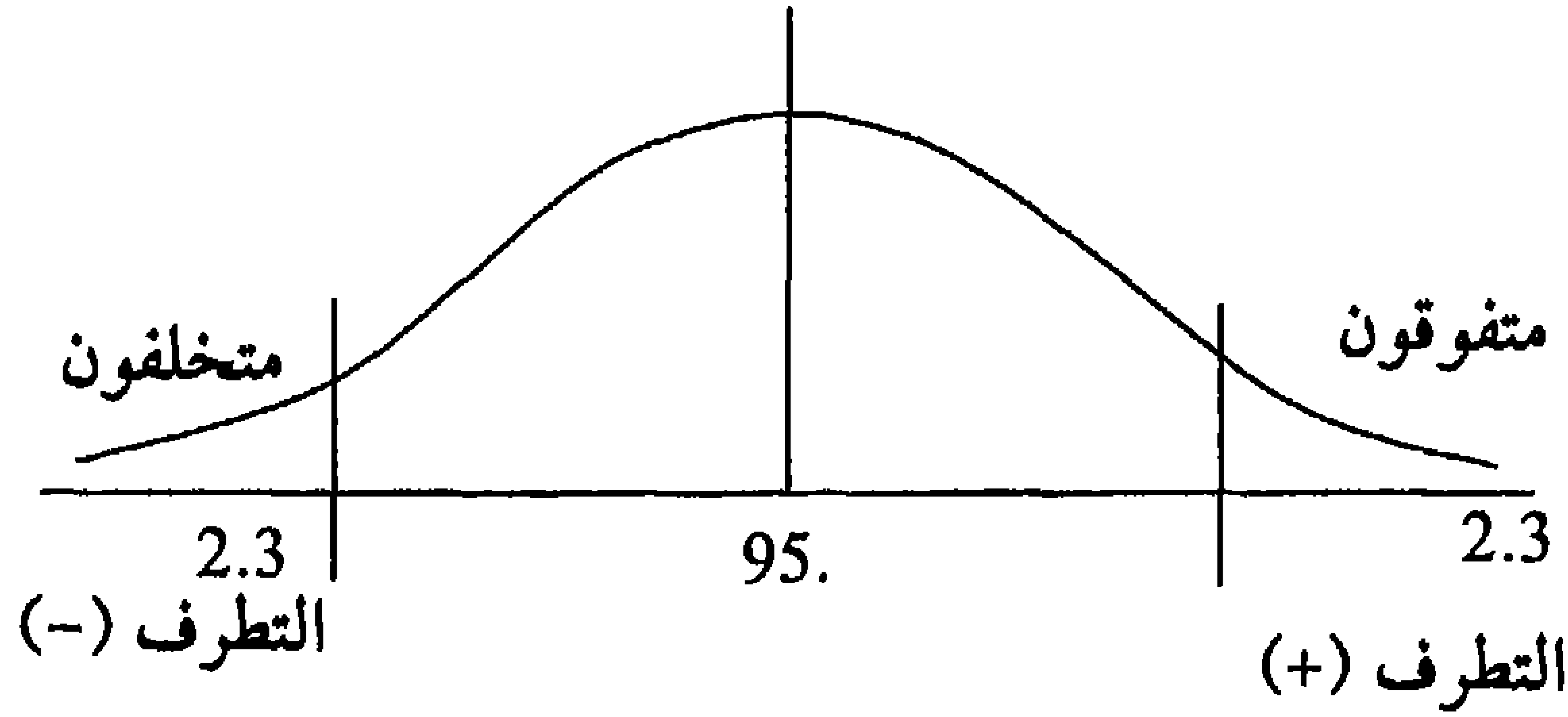
الحالات تقع عادة حول المتوسط بينما لا يقع في حقل التطرف إلا القليل منها. فمثلاً، إن متوسط أعمار الناس تقع غالباً ما بين الخمسين والستين وأن القليل منهم من يموت طفلاً أو يعمر فوق الحد المتوسط، إن هذه الفكرة يُعبر عنها نبقى بمنحى التوزيع الطبيعي أو بمنحنى جاوس (Gauss) والذي يحدد فيه مكانة كمية نسب التوسط ونسب الانحراف، وبناءً على ذلك التوزيع الطبيعي يُنظر إلى التوسط على أنه السواء وإلى الانحراف على أنه الشذوذ.

ولنأخذ مثالاً تفصيلياً وهو الذكاء، حيث يقع أغلبية الناس ويدورون حول متوسط (100 درجة) يوصف ذكاؤهم بأنه ضمن المتوسط، وتبدأ حالات الضعف العقلي نزولاً بعد حاصل ذكاء مقداره (70 درجة)، وتبدأ حالات التفوق العقلي صعوداً بعد حاصل ذكاء مقداره (130 درجة)، وعليه فإن متوسطي الذكاء هم من يوصفون بالسواء والذين ينحرفون عن الوسط من المتخلفين عقلياً ومن المتفوقين هم من يوصفون بالشذوذ (أنظر الشكل).

والظاهر في هذا المعيار أنه يبقى صحيحاً في الاستعمال ما دمنا نأخذ الأرقام المجردة، أما إذا اتجهنا إلى المفاهيم النفسية كالذكاء، والمفاهيم الاجتماعية كالتكيف الاجتماعي، فإن الاهتمام يبدو لنا منصباً عندئذ على الضعيف ونسميه شاذاً، أما العبقري فلا نسميه كذلك، ونسمي سيء التكيف شاذاً أم الناجح في تكيفه الاجتماعي فلا نسميه كذلك.

ويؤخذ سلبية على هذا الاتجاه في أن مقدار البعد اللازم عن المتوسط لنصل إلى درجة ندرة الحدوث- أي إلى الشذوذ- ليس دائماً واضحاً في مركبات نفسية تواجه تطبيق وسائل القياس والكم بالكثير من الصعوبات والعراقيل،

كذلك نجد أن المتوسط الذي يسهل حسابه إحصائياً يغدو صعب المنال حين ننتقل إلى تحديده على أساس أنه سلوك في بيئة اجتماعية أخرى.



2- المعيار الذاتي أو الفردي:

يعرض هذا التحديد (موس وهانت) في كتابهما عن أسس علم الشذوذ النفسي حين يذهبان في تحليل البناء الشخصي لكل منا إلى الآراء التي نعلنها عمن هو الشاذ وعمن هو السوي، فنحن، كما يقولان، ننظر إلى الناس ونلاحظ ظروفهم وتصرفاتهم، وكثيراً ما نقول عنها أنها (سوية) حين تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، كما نقول أنها (غير سوية) حين تختلف عن هذه الأفكار والآراء، وهكذا فإننا إنما نُحكم ذاتنا وكيانها الشخصي الفردي حين نتحدث عما هو سوي أو غير سوى، ونحكمها معتمدين على كل ما قبلته والفته في خبرتها السابقة، وأكثر ما يكون السوي في نظرنا هو ما يتلاءم مع ما نرغب فيه، أو ما هو مرغوب فيه من وجهة نظرنا الشخصية، بينما يكون الشاذ نقيضه.

إن سلبية هذا المعيار في أنه لا يترك مجالاً للكشف عن معيار عام وغير شخصي نميز به بين ما هو سوي وما هو شاذ، وهذا يعني إغلاق الباب عملياً

أمام كل بحث علمي في دراسة التكيف حين تكون غاية البحث العلمي الوصول إلى التعميمات والقوانين وكذلك فإنه لا يمكن تسيير الناس عامة حسب رأي شخصي واحد وأن نطلق عليهم الأحكام جزافاً وفقاً لرأينا الفردي أو الذاتي.

3- المعيار الاجتماعي:

يذهب إلى الأخذ بهذا المعيار المعنيون بالأمور الاجتماعية والمنادون بضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية، فالمجتمع كما يرونه يضم مجموعة من العادات والتقاليد، والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم، فإذا ما خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود مجتمعهم أعتبر سلوكهم شاذاً، وهكذا يكون التوافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع هو السواء ويكون عدم التوافق شذوذاً (يأخذ الاتجاه الاجتماعي أدلته من الدراسات الانثرويولوجية على المجتمعات المتعددة وبخاصة البدائية منها، والاختلافات التي توجد بينها في تقدير السلوك الشاذ والسلوك السوي المقبول، وهي أدلة كثيرة ومتنوعة، فقبائل (زوني Zoni) مثلاً تنتظر من الأفراد ألا يظهروا الكثير من الطموح وأن يكظموا انفعالاتهم وأن يميلو عن القساوة وأن يتعاونوا، بينما تقوم المفاضلة بين أفراد قبائل كواكيوت (Kwakiat) على التبجح بالأطماع، وعلى جمع الثروة وعلى الخلاص من الآخرين ودحرهم وعلى القساوة والقتل، كذلك نجد عند عدداً من القبائل التي ما تزال تعيش حياة بدائية في استراليا، الكثير من الاختلاف بينها في العادات المتصلة بما تراه جيداً أو مناسباً وما تراه منكراً أو غير مقبول).

ولا ينكر أحد بأن للجماعة دور فاعل في تحديد سلوك الأفراد والحكم عليها، فهناك مصطلحات كثيرة، كالعيب والحرام والمستحسن، نطلقها عند رؤيتنا

لسلوك ما، ولكن يجب الانتباه إلى أنه ليس كل أفراد المجتمع يتفقون على ذلك، فبعض الأفراد يعتبرون السفور- عدم ارتداء الزي الشرعي الإسلامي- حرام وعيب، وآخرون في نفس المجتمع ومن المسلمين يعتبرون غير ملزم وأحياناً يعتبرونه نمطاً من أنماط التخلف والتراجع إلى عصور غابرة.

أما أهم السلبيات على هذا الاتجاه تضمن في النقاط التالية:

1- يؤثر التطور التاريخي في تغيير كثير من العادات والتقاليد في المجتمع الواحد، وعليه يختلف المعيار في الحكم على السلوك من وقت لآخر.
2- هناك أشكال كثيرة من السلوك تعتبرها مجتمعات بأنها شاذة في حين أن مجتمعات أخرى لا تعتبرها كذلك.
3- قد يختلف أبناء المجتمع الواحد على السلوك الشاذ وذلك حسب طبقاتهم الاجتماعية أو أوضاعهم الاقتصادية.
4- هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات ويصعب تعميمها على كافة المجتمعات.

4- المعيار الطبيعي:

يعتبر هذا المعيار من أقدم المعايير حيث يرى القائلون بهذا الاتجاه بأن الطبيعة كاملة من حيث الأصل، وأن الانحراف عن النظام فيها والانحراف عن أشكال السلوك الظاهر في الطبيعة الأصلية لأنواع الحيوان، إنما يعبر هو نفسه عن الشذوذ، فلدى كل حيوان أنواع من الدافع أو الغرائز قد زود بها وارتبطت بقضائها أنماط أساسية من السلوك لديه، وقد نظمت شؤون الحي في الأصل لتوفر الظروف المناسبة لتلبية تلك الدوافع وفق خطة الطبيعة.

إن الاستواء أو النظامية بهذا المعنى هو إذن في العمل وفق ما تقتضيه الطبيعة، أما الشذوذ فيكون عند الإنسان بعمل ما يكون ضد الطبيعة، أو هو العمل المناقض للطبيعة، أو هو انحراف بالغ في سلوك ما عن طبيعته الأصلية.

أما أهم سلبيات هذا الاتجاه.

1- اعتبار الطبيعة الجامدة عاقلة وتضع القوانين الخاصة بالحكم على سلوك الإنسان العاقل بناءً على مجموعة غرائز أو دوافع.

2- إن القوانين السلوكية التي تنطبق على أرقى الحيوانات لا يمكن اعتمادها للحكم على سلوك الإنسان.

3- هناك حالات شذوذ في القوانين الطبيعية، كأن تقوم بعض الحيوانات بأكل وليدها، فهل هذا يبرر أكل الإنسان لأبنائه.

4- هناك بعض الإجراءات الإنسانية التي تهدف إلى الحفاظ على حياته وتنظيمها كاستغلال الموارد البيئية، وتغيير كثيراً من الظروف البيئية لكثير من المواقع بينما يناسب وفائدة الإنسان، أو التدخل في البيئة البيولوجية للإنسان والقيام بما يسمى بتنظيم النسل والذي يتعارض مع قوانين الطبيعة.

5- المعيار النفسي الموضوعي:

ينطلق هذا المعيار من فكرة النظر إلى وظائف العملية المعقدة التي ينطوي عليها السلوك، ويعتقد منظرو هذا المعيار بأن الشذوذ يكمن في الاضطراب الشديد الذي تظهر آثاره في السلوك ووظيفته، ويقول جاسترو (Jastraw) في حديثه عن الشاذ والسوي، وفيه: (إن الشذوذ ليس في الحادث العجيب، ولا هو مجرد الاختلاف عن الغير، وإنما يكون الشذوذ في تلك الحالة التي تختلف عن

غيرها والتي يقودنا تحليلنا إلى معرفة حول طبيعتها تكشف لنا هي نفسها عن المعنى الحقيقي للشذوذ).

إن كل حالة نفسية عملية نشطة تؤدي وظيفة وتظهر في عدد من المظاهر يمكن للملاحظ أن يحيط بها، فلا يكفي في هذه المظاهر أن تكون نادرة الوقوع وعجيبة لنسمي الحالة شذوذاً، ولا يكفي فيها أن تكون مختلفة عن المألوف لنسميها شذوذاً، بل أنها توصف بالشذوذ حين يقودنا التحليل العلمي لها إلى التأكد من وجود الاضطراب الوظيفي الشديد فيها، ويعني ذلك أننا نعتمد الفحص والتحليل في الحكم على الحالة وننطلق في ذلك من ظهورها على أنها قليلة الحدوث- من حيث نسبة وقوعها- وأنها مختلفة في أعراضها عما يبدو عند الناس عادة أي أنها مخالفة لما عليه الجماعة. والفحص في النهاية هو الذي يكشف عن وجود الاضطراب الشديد الذي يسمح بتسمية الحالة حالة شاذة أو أن الفحص يبين عكس ذلك.

وهناك اتجاهان في تطبيق مفهوم فحص الحالة للتأكد من الشذوذ وهذان الاتجاهان غالباً ما يؤديان إلى نفس النتيجة وهما:

أ- اتجاه يعتمد على تحليل الحالة النفسية في وظائفها، ونوع نشاطها وأعراضها والآثار التي تخلفها في سلوك الفرد من حيث أن السلوك محصلة لعمل مجموعة من الوظائف.

ب- اتجاه ينطلق من نظرية النظم في تكوّن السلوك، فهو ينظر إلى الشخصية على أنها منظومة معقدة تنطوي على عدد من النظم الفاعلة النشطة والمتداخلة، وأن الاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلا أذىً لحق بعنصر قابل للتغير ضمن نظام من الأنظمة وأثر في عمل ذلك النظام،

ونتج عن ذلك تغيير في عمل ذلك النظام أدى بدوره إلى لتأثير على أنظمة أخرى.

ويمكن لنا في هذا الميدان اعتماد كافة الاختبارات النفسية المقننة والمعتمدة في تحليل السلوك وقياسه وتحديد أبعاده على أنها أساس إحصائي في تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ، ويعتبر تحليل الحادث أو السلوك الشاذ والبحث عن آثاره الوظيفية أمراً مهماً في تحديد سواء أو شذوذ السلوك.

وأخيراً، فإن البحث عن الوظائف أمراً شائكاً وصعباً بسبب تعقد جوانب الحالية النفسية، ولكن كثرة الدراسات العلمية وتراكم النتائج وتراكم الملاحظات المستخلصة من العيادات النفسية أدت إلى تسهيل دراسة السلوك وجعله أكثر يسراً ودقة.

6- المعيار التكاملي أو السريري:

يسمي البعض المعيار التكاملي بالسريري لأنه معيار مرن واسع يمكّن من صياغة التفاصيل الدقيقة لتعريف الفرد خلال ظاهرة تعرف تدريجي ومستمر على خصائصه الفريدة ومتطلباته الأساسية.

ويشمل هذا المعيار التكيف والتكامل والنضج وإرضاء الذات وسلامة المجتمع، ويتجاوز المعيار التكاملي في حقيقة التكيف الفردي إلى الشروط الاجتماعية التي يفرضها العلم والتجربة، وكذلك فهو يحترم قيمة الفرد ويمنحه الحرية في الاختيار وإرضاء الذات، ولا يتفق هذا المعيار مع الشائع وإنما يتفق مع المعرفة المتوفرة حول الفرد والمجتمع وحاجات الكائن البشري بمستوياتها العضوية والنفسية والاجتماعية أي المتكاملة.

بناءً على هذا الاتجاه الحديث فإن حدود السلوك الشاذ تتسع لتشمل عدداً

كبيراً من السلوكات وردود الفعل الهدامة كالانحراف الجنسي والتمييز الفئوي والغش والإدمان والذهانات والعصابات واضطرابات التكيف.

إن للمعيار التكاملي آثاراً هامة وتطبيقات مفيدة في تشخيص السلوك الشاذ وعلاجه والوقاية منها، فلا يعالج الفرد الشاذ بإخضاعه للشروط الاجتماعية القائمة بصرف النظر عن الطبيعة الذاتية لذلك الفرد، بل يعمد إلى بناء شخصية الفرد وتقويتها ودفعها للنمو في مساراتها الفردية جنباً إلى جنب مع تصحيح علاقاتها مع الأسرة وتصحيح سائر الأوضاع الاجتماعية الشاذة التي تعيق تكيف الفرد أو تمنعه.

وأخيراً يوصف المعيار التكاملي بالمرونة التي تتضح للباحث الأخذ بمعطيات تطور المعرفة العلمية حول السلوك البشري وإحداث التغيرات الملائمة في المفاهيم والممارسات على السواء.

رابعاً: أسباب الشذوذ:

التكيف الذي نحققه ينتج عن عوامل بعيدة وأخرى آنية، تهيئ العوامل البعيدة للاضطراب النفسي الأرضية العامة المتفجرة، من العوامل المهيئة ديناميكية الشخصية وتطورها وأنماط استجاباتها، أما العوامل الآنية فهي الحوادث الجزئية التي تولد الاضطراب النفسي اليوم وليس بعده، إنما العوامل الحاسمة التي تفجر الاضطراب المحتمل المتراكم، النقطة التي تسبب إراقة الكأس الطافحة، وليست العلاقة بين العوامل المهيئة والعوامل المفجرة بهذا التعاقب الزمني البسيط، فقد يعمل ما يهيئ لاضطراب اليوم على تفجير اضطراب الغد، إنها لسلسلة متعاقبة ومتداخلة تجعل من الصعب على الباحث إقامة حد قاطع بين صنفي العوامل.

تفرض العوامل المفجرة، بسبب تنوع طبيعتها استخدام أساليب خاصة تنسجم وطبيعة كل عامل، فيستخدم الجهر الالكتروني لتقصي ورم الدماغ ومشرط الجراح لمعرفة الجرثوم المعشش فيه، ولا بد من اللجوء إلى التحليل الكيميائي لمعرفة نوعية (اضطراب الهرمونات)، وإلى الروائز العقلية وروائز القدرات الخاصة لمعرفة الأعراض الإدراكية والعقلية، وتفيدنا عملية تحليل المعايير والقيم الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد في تقدير شذوذ السلوك أو سوائه.

تتعدد العوامل المعجزة وتتنوع وتعمل منفردة أو مجتمعة، فمنها الأسباب البيولوجية والوراثية أو الأسباب البيئية والمتمثلة في نمط التربية الأسرية، ونمط التربية المدرسية المتعددة.

الدالة 1- الوراثة:

تتكون الخلية الملقحة من (23) زوجاً صبغياً تتفاعل فيها المورثات أي المكونات النوعية الموجهة للنمو، يأتي نصف كل الصبغيات من كل والد، تنجم المنغولية وهي نمط من التخلف العقلي يعاني الفرد فيها من انحراف العينين وفلطحة الوجه عن وجود صبغي ثلاثي، ينشأ (تناذر ترنر) المتميز بجنسية طفلية عن شذوذ في صبغي الجنس، يتكون صبغي الأنثى من الرمزين (ص ص) وصبغي الذكر من الرمزين (ص س) من الأم والأب بالتعاقب، يقل تعرض الإناث لذاك التناذر بسبب تصحيح الصبغي السليم للمصاب من طبيعة (ص)، تمكن الباحثون بدراسة خلايا المنسل من رسم المخطط الصبغي للفرد وفهم الاضطراب والتنبؤ به، يتبين أيضاً أن الشذوذ الصبغي يؤدي على العموم إلى تشويه بنية الجسم وليس على الاضطرابات النفسية.

تحليل الدالة:

يؤثر بعض أنواع الشذوذ الصبغي في اضطرابات الجسم، وتجر تلك الاضطرابات بدورها إلى الاضطرابات النفسية، يولد (تناذر ترنر) اضطرابات جنسية طفلية لدى الراشد، وليست الجنسية الطفلية لدى الراشد إلا ضرب من الانحراف النفسي الواضح الأثر في التكيف البشري.

لئن سلمنا بحمل المورثات للصفات النفسية المنحرفة فإن احتمال ظهورها في جيل واحد غاية في الضعف، فقد تبين أن لخلية جنسية ذكرية واحدة من أصل (5000) خلية يقذفها شخص في لحظة ما احتمال واحد بنقل مورث جديد، لكن قد يتحقق الاحتمال، ولو بتلك النسبة الضئيلة، لا زالت الدراسة الدقيقة للخلايا الجنسية ومورثات صبغياتها في مرحلة الطفولة، ومن الصعب، بمكان التعميم من علم لم يتم تخطيطه بعد.

الدالة 2- تاريخ الأسرة والتوائم:

يتساءل الباحثون عما إذا كان تزايد نسبة الإصابات بازدياد شدة القرابة يعود إلى اثر العوامل الوراثية في المرض النفسي، توصل كالمن (1953- 1958)، إلى الجدول التالي بشأن الفصام.

توافق إصابة الأقارب بالفصام (كالمن)

درجة القرابة	درجة توافق الإصابة
التوائم المتماثلة (بويضة واحدة)	٪86.20
التوائم المختلفة، بويضتان	٪14.5
الأشقاء	٪14.5
أنصاف الأشقاء	٪7.1
عامة الناس	٪0.85

تحليل الدالة:

أقنعت دراسة أسرتي كاليكاس ويوكس الشهيرتين الباحثين بواقعة توارث المرض النفسي، وتؤكد وقائع كالمن ذلك فتفوق جميع نسب إصابة أقرباء الدم بالفصام نسبة الناس الآخرين، وترتفع نسبة الإصابة فتزيد عن (86٪) لدى التوائم الناشئة عن بويضة واحدة والمتماثلة في المعطيات المورثة، ولا تقل تلك النسب عن (7٪) لدى أنصاف الأشقاء الذين تتنوع معطياتهم الإرثية وتختلف بسبب اختلافهم في أحد الوالدين.

تعاني دراسات تواريخ الأسر من نقائض طرائقية تحد من قيمة النتائج، فقد يرجع ازدياد نسبة المرض النفسي لدى الجيل الجديد إلى وحدة الشرائط التربوية في الأسرة لا إلى المورث الصبغي، تعارض نتائج دراسة التوائم المتماثلة هذا التفسير لارتفاع نسبة الإصابة لديهم خلاف حال كل الأقارب، غير أنه من الصعب التمييز بين التوائم المتماثلة أو المتشابهة، وتنخفض نسبة المرض كثيراً لدى هؤلاء عندما يربون في أوساط مختلفة، لقد انخفضت نسبة إصابة التوائم المتماثلة المنحدرين من والدين مصابين بالفصام إلى (20٪) في دراسة من هذا القبيل.

دفع فشل الاضطرابات النفسية الوظيفية في إتباع نمط وراثي محدد، علماء الأجنة إلى الاعتدال في أحكامهم وإلى اللجوء إلى مفهوم الاستعداد المورث، يعتقد الباحثون، طبقاً لمفهوم الاستعداد المورث، إن المورث المشوه يولد تشويهاً في واحدة أو أكثر من منظومات الجسم فتضعف مقاومته للاضطرابات النفسية وغيرها، ما يفقد الكائن المناعة الكافية إزاء الضغوط فيصاب بالمرض النفسي.

الدالة 3- البنية:

ربط شلدون (1949، 1954) البنية العضوية بالشخصية وبالمرض النفسي بتصنيفه الجسم في ثلاث أنماط تنشأ عن الطبقة الحشوية أو العظيمة العضلية أو العصبية، تقابلها ثلاثة أنماط من الطباع، الاعتياشي والرياضي والعصبي يتميز من المرض النفسي.

نظرية شلدون في الأنماط

النمط	الاعتياشي	الرياضي	العصبي
الطبقات الجسمية	الحشوية	العظمية العضلية	العصبية الحسية
سمات الطبع	مدور، سمين، متراخ، كسول، اجتماعي	عضلي، قوي، عدواني، نشيط (ضد المجتمع)	نحيل، ضعيف، حساس، فعال (مع المجتمع)
المرض النفسي المسيطر	الهوس والهمود	الهوس والهمود	الفصام

تحليل الدالة:

يدعي شلدون أنه يستطيع تحديد البنية الجسمية بثلاث بيانات رقمية يتراوح واحدها بين (1-7) فيحدد النمط الجسمي للفرد بثلاث نقط ويصنف في النمط ذي النقطة الكبرى، لم يحدث أن نال أي فرد النقطة صفر في البنيتين الثانويتين، كيف نصنف فرداً نال النقطة (5-3-4) وهل هو اعتياشي أم رياضي أم عصبي؟ الفرق بين الاعتياشي والعصبي مجرد نقطة (5-4) وليس ثمة أنماط جسمية محددة وليس ثمة أنماط طبيعية قاطعة.

قد لا يمكن الثقة بفرضية شلدون التي تربط المرض النفسي بالعضوية، فلا يعقل أن يكون لنمطين مختلفين استعداد مماثل للتعرض لمرض نفسي واحد، للطبيعة قوانينها نعم لكنها قوانين غريبة كما يقرها شلدون، فالاعتياشي السمين، المدور، المتراخي، العاطفي، وللرياضي القوي، العدواني النشيط استعداد مرضي

واحد هو الاستعداد للوقوع ضحية الهوس والهمود، حبذا لو ربط شلدون الأمر منطقياً لكان جعل للاعتياشي استعداداً همودياً وللرياضي استعداداً هوسياً وذلك تبعاً لارتباط أعراض الهوس والهمود بصفات الاعتياشي والرياضي بالتعاقب الترتيبي.

فات شلدون أن الفصام يصيب الناس في عمر مبكر، حيث لا يزال الجسم نحيلاً، وأن الهوس والهمود يضربان البالغين الكهول بعد أن يشتد عودهم ويترهلوا، ما إقامة شلدون من علاقة بين الاستعداد للمرض والنمط البنيوي خاطئ، لأنه لم يحدد للبنية منطلقاً قياسياً بمعزل عن الانحرافات اللاحقة التي تتعرض لها العضوية.

هذا، وتتذبذب نتائج الدراسات التجريبية حول علاقة النمط الجسمي بالطبع والمرض النفسي بين داعم وداحض، ولعل ذلك يرجع إلى ما قررناه من انعدام المنطلق القياسي والمعزول عن الانحرافات والتشوهات البنيوية العرضية.

الدالة 4- البنية وكيمياء الجسم والفعالية:

وضع الطبيب اليوناني هيبوقراط منذ ما يزيد عن ألفي سنة تصنيفاً رباعياً لأنماط الشخصية أقامة على المزاج أو سوائل الجسم، أهملت نظرية هيبوقراط منذ عهد طويل لكنها بقيت منطلقاً لربط العضوية بالشخصية.

يتوقف السلوك على الفروق البنيوية في مختلف أجهزة الجسم وعلى مستوى الفعالية الخاص بهذه البنية أو بتلك، يعمد ذوو الطاقة القوية إلى تفريغ التوتر بالفعالية الخاص بهذه البنية أو بتلك، يعمد ذو الطاقة القوية على تفريغ التوتر بالفعالية العصبية العضلية ويميل ذوو الطاقة المنخفضة إلى تفريغ توترهم

بالتخيل والتفكير، وشأن الرضيع في ذلك شأن الراشد يمكن لردود الفعل تلك أن تهيئ الفرد لمرض نفسي أو لآخر، أشار ايزنيك (1960) إلى أن الإفراط أو التفريط في الفعالية الذاتية يقود إلى الاضطراب النفسي فقد يجر التنشيط المفرط للذاتية، مثلاً، إلى الفعالية فالمخاوف الاقترانية، فالقلق الذي يقاوم فعل الكف ويجدد الاستجابة للضغط، ويؤدي ضعف التنشيط إلى انخفاض شدة تكون الاستجابات الاقترانية فيتحول الفرد فاشلاً اجتماعياً، أو يعاني سلوكه من العدوانية ونقص السيطرة الداخلية ويغدو عدوانياً استحواذياً، تظهر آثار القصورات البنيوية في كيمياء الهرمونات والإنزيمات والنفايات أثناء الضغط وتؤدي إلى عرقلة الكيمياء الحيوية في الدماغ مما قد يجعل الفرد أقل مناعة لاضطراب أو آخر أثناء تعرضه للضغط المزمن.

تحليل الدالة:

لا شك في أن الفعالية العضوية تؤثر في نمط الاستجابة للضغط، لكننا نتساءل وبحق عن أساس الفعالية العضوية، إن كان لها أساس على الإطلاق، أهو في كيمياء الهرمونات والإنزيمات؟ أم أن الفعالية العضوية نفسها أساس لتلك الكيمياء، وما الذي يدفع إلى الإفراط أو إلى التفريط في الفعالية؟

لا يزال البحث في البنية العضوية والكيمياء الحيوية وعلاقة البنية والكيمياء بالفعالية حديث العهد، ونشك في أن يبقى كذلك بسبب صعوبة العزل التجريبي أو استعصائه لدى الإنسان، لا تخضع العوامل المشار إليها نفسها للدراسة التحليلية التي تقوم على تقصي الحالات النادرة التي تعاني اضطراب هذا العامل أو ذاك وتحليل تلك الحالات، ولا يثق العلم كثيراً بالقوانين المستنبطة من التحليل حتى ولو توفر العدد الكافي من الحالات التي تخضع للتحليل، يتألف

المركب البنيوي للفرد من عوامل عديدة، ويندر أن يصاب عامل واحد في عدد من الحالات، وعامل ثان في عدد آخر، مما يقيد الباحثين في تقصيهم للعلاقات الوظيفية بين مختلف العوامل بصورة واضحة ومبسطة.

ويمكن تلخيص أهم النتائج التي كشفت عنها البحوث والدراسات في مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلي:

1- يعتقد البعض بأن العوامل الجنينية يحتمل أن تكون أسباباً في حالات الشيزوفرينيا.

2- يعتبر البعض البناء التكويني للجسم سبباً في بعض الاضطرابات، ومن أمثلة ذلك:

أ- قد يوجد ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل:

- النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق.
- النمط الجسمي المعروف باسم (العظمي) قد يرتبط بالميول العدوانية والصرامة.

ب- قد يرتبط الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) بالسلوك:

- ترتبط سيطرة الجهاز السمبثاوي بحالات الاعتماد على الآخرين، وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن.
- ترتبط سيطرة الجهاز البارسمبثاوي بحالات الاعتماد على النفس والاستقرار والثبات والشعور بالأمن.

ج- العلاقة بين التغيرات الهرمونية والنمو الجسمي باضطراب السلوك لم تتضح حتى الآن.

3- عوامل الإنجاب:

أ- مدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات السلوك عند الأطفال فيما بعد.

ب- اضطرابات السلوك أكثر شيوعاً بين الأطفال المبتسرين عن غيرهم.

4- التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي.

أ- يعتقد الكثيرون بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي يعتبر من العوامل المسببة لاضطرابات السلوك.

ب- لا يوجد دليل مباشر على أن التلف المخي يرتبط بنوع محدد من الأمراض النفسية.

الدالة 5- العاهات الخلقية والمكتسبة:

يعاني (20) فرداً من أصل كل مئة مرضاً مزمناً أو حاداً يعرقل نشاطهم وفعاليتهم، وما له دلالته في هذا الصدد، إن تقل أعمار هؤلاء عن الخمسين، أولاً تضع تلك القصورات الفرد في مجابهة ضغط من نوع ما وبدرجة ما، أيصدق القول بأن التشويهات الجسمية، جانبية أو أساسية، تمزق نفوس الملايين وتدفعهم إلى الكآبة؟ أولاً يكون للأنف الطويل وللجلد المغطى بالنمش ولشذوذ القامة، طولاً أو قصراً، وللنظارات الطبية وغيرها من القصورات الثانوية أثرها الصادم في المجتمع؟ أو لا تفرض القصورات التافهة مشاكل خطيرة؟

تحليل الدالة:

يختلف أثر القصورات العضوية الثانوية في الاضطراب النفسي عن اثر القصورات الحادة المعقدة كالتخلف العقلي، في توقف اثر الأولى عن طبيعة

تقويم الفرد وعلى قدرته على تخطي الصعوبات التي تفرضها، من الناس من يتخطى تلك المصاعب ومنهم من يعجز عن تخطيها، ويشعر الجميع بدرجة من القصور والخوف والرأفة بالذات والإحباط والقلق والغضب، ويعمد البعض إلى تخطي الصعاب وبز الخصوم الأسوياء، وهم غالبية الناس، باستجابات تغلب عليها الدفاعية المرضية، إن محاولة الأعرج التنافس مع الآخرين في سباق ما، اتهام عدائي للأسوياء بالعرج النفسي، وإشارتك، وأنت الضرير، لسليمي النظر ببلادة الفهم، اتهام لهم بالعمى العقلي.

تعمل مواقف الوالدين الوقائية أو الرافضة على تشديد مشاعر القصور والقلق لدى الناشئة، وتضيف ملاحظاتهم العابرة حول عجز الناشئ وقيامه بواجباته للقعود الفيزويولوجي الناجم عن ضرب من القعود النفسي المشحون بالكراهية والحقد، مما يهدم في الفرد قدرته على التكيف السوي، تزداد حساسية الفرد للقصور العضوي في الفترة الهامشية الحرجة المميزة للمراهقة، يحدث القصور إبان انشغال المراهق بتكوين مفهومه عن ذاته وهويته فيكون دليلاً يقوي مشاعر الشد السلبي التي يلقيها المجتمع والعضوية المضطربة على الناشئ، ولا يسلم البالغ الراشد نفسه من تلك الآثار إذا ما تعرض لها في الفترات اللاحقة من عمره، دلت مختلف الدراسات على ظهور اضطرابات التكيف لدى (60٪) ممن أصيبوا بساقهم أثناء الحرب، ولم يسلم من التفكك التام سوى (40٪) من الناس وبقيت لدى هؤلاء الذين نجحوا إلى حد ما في تكيفهم رواسب دفاعية بارزة مميزة لسلوكهم.

وخلاصة الأمر، يعرقل القصور تكيف الشخصية ويدفعها إلى السلوك الشاذ الذي قد يكون بداية للمرض النفسي الخطير، ولا يتعرض جميع القاصرين

لدرجات حادة من الاضطرابات السلوكية، يتوقف الأمر على اتجاهات الفرد من القصور وتقويمه له وعلى موقف الأهل من القاصر، فلا يرجع الشذوذ إلى القصور نفسه بل إلى موقفنا منه.

الدالة 6- الحرمان المادي المبكر:

أطعم هامت (1941) فئتين من الجرذ بصورة طبيعية خلال فترة النمو وأطعم فئة ثالثة بصورة طبيعية خلال مرحلة الرضاعة، ونادراً قبيل البلوغ، وطبيعياً بعد ذلك، وحرم الباحث الفئة الرابعة إثناء الرضاعة وأعطاها كفايتها من الطعام بعد ذلك.

تحليل الدالة:

اختلفت أنماط سلوكات الفئات الأربع كثيراً في حياة رشدها، فمالت الفئة الرابعة إلى جمع الطعام فكانت تكدس أكواماً كبرى من طعام لا تحتاجه خلاف الفئات الأخرى التي كانت أقل ميلاً لجمع الطعام، يُفهم من التجربة أن الحرمان المادي زعزع ثقة الكائنات الحيوانية بالمحيط وبنفسها وأفقدها الاطمئنان والأمن. يمكن لنا أن نتوقع للإحباط الشديد في مرحلة الرضاعة أن يترك آثاراً سيئة في السلوك الإنساني. أكد الباحثون واقعة الحفز السلوكي لدى عدد من الحيوانات في الفترات الحرجة من المراحل المبكرة للنمو، وتعتبر البيئة الاجتماعية الفقيرة مجالاً خصباً لنمو الاستجابات غير الملائكة لدى الأفراد كما تعتبر مؤشراً فعالاً في تشكيل الأنماط السلوكية غير المرغوبة لديهم، كذلك فإن التفاوت الواسع في المستويات الاقتصادية بين الطبقات في المجتمع تلعب دوراً كثيراً في ظهور اضطرابات أفراد الطبقات الفقيرة وذلك نتيجة لعدم توفر الإمكانات الاجتماعية

أو الأسرية على الوفاء بحاجات ومتطلباتهم المادية والصحية والثقافية مما ينعكس سلباً على سلوكهم.

الدالة 7- ليس الحرمان المبكر طعاماً:

أجرى هارلو (1962) تجربة على صغار القردة لدراسة معنى الإحباط في المراحل المبكرة وآثارها في السلوك، أرضعت فئات مختلفة من القردة بعدد من السبل، أعطيت إحدى الفئات الحليب من أم مصنوعة من الحديد، وقدم الحليب للفئة الثانية من أم حديدية مكسوة بالثياب، ومدفأة وتربت بيدها على الصغير المحتضن وأرضعت الفئة الخامسة من أم عادية أي من القردة الأم، ودرس سلوك الفئات الأربع في الرشد.

تحليل الدالة:

اضطراب سلوك الفئات الأربع الأولى واقترب من الصورة النمطية للعصاب بمقدار بعد الإرضاع عن الأم، غلبت الاستجابات العصابية في الفئة الأولى وقلت في الفئة الرابعة ولم تخرج في الفئة الخامسة التي أرضعتها أمهاتها عن النسبة الطبيعية للعصاب بين عامة القردة.

تدرك صغار الحيوانات معنى الحنان بصورة اعتياشية، وللحرمان من العطف الأمومي أثر سيء في توليد السلوك الشاذ، ليس بوسعنا بعد هذه التجربة إلا أن نؤكد بأن الحرمان العاطفي الذي يزعزع ثقة الكائن بالمحيط، وبالذات لكن كان للحرمان مثل هذا الأثر في الحيوانات فما حجم أثره في الإنسان، هل تنحني الشجرة إذا ما مالت الغرسة، وهل أن الطفل أب للراشد؟

الدالة 8- الحرمان الأمومي:

قورن سلوك أطفال معاهد الرعاية بسلوك أندادهم الذين تربوا مع أمهاتهم في الأسرة، تميزت الصورة السلوكية لأطفال المؤسسات بتدهور العلاقات الإنسانية، فلم يطلبوا معونة الراشد ولم يبالوا بالمواساة أو اللذة، ولم يتعلقوا بالأصدقاء، تخلف نمو اللغة والحوار لدى أبناء المؤسسات وتميزوا بالجمود الانفعالي ورتابة السلوك وتكرراه، لقد حل بهم ضرب من الخمول، بحيث لم يكونوا يبالون بإرضاء مطالبهم الحيوية، وضعفت قدرة أبناء المؤسسات على التعلم ولم تتميز شخصياتهم بالنسبة إلى الصورة الفريدة المألوفة لدى أبناء الأسر.

تحليل الدالة:

اعتقد، أول الأمر أن الاضطرابات السلوكية لدى أبناء المؤسسات ترجع إلى نقص العناية الفردية ومعاملة المؤسسة للأطفال كمجموعة، فبُذلت الجهود في دراسات أخرى، لتأمين العناية الخاصة لكل طفل بالاحتكاك الشخصي المباشر معه، أي بتقليد رعاية لأم للطفل، لم تجد المعاملة الفردية في جعل سلوك أبناء المؤسسات سوياً، نستطيع القول بأن الأطفال البشريين، كأطفال الحيوانات الأخرى، يحتاجون لشيء تستطيع الأم وحدها إعطاؤه، هذا الشيء هو الحب، أي الإحساس بالثقة المتبادلة بين كائنين.

هناك مرحلة حرجة يحتاج فيها الرضيع إلى الحب، يقول المثل أطرق الحديد وهو ساخن تؤكد مختلف التجارب أهمية الحب الأمومي الباعث على الثقة المتبادلة خلال مرحلة الرضاعة المبكرة، لا يعني هذا المبدأ أن الطفل يشعر

بالاكتفاء من الحب والثقة بعد مرحلة الرضاعة، بل يشير إلى اختلاف نوعية ومدى التلف الناجم عن الحرمان من الحب الأمومي باختلاف مراحل العمر، هذا ولا بد من الإشارة إلى أن شدة الشذوذ السلوكي ونوعيته تتوقفان على طول فترة الحرمان وشدته وعلى نوعية الرعاية البديلة ومدى مماثلتها لعناية الأم.

يبدو أن الحد الأعلى من التلف ينشأ عن الحرمان في مرحلة الرضاعة المبكرة، أي بين الشهرين الثالث والسادس من العمر، ويتناقص التلف تدريجياً حتى السنة السابعة، وتزداد آثار الإيواء الطويل بتشدد الإحساس بالرفض لدى الطفل.

ولا تتأثر مختلف المظاهر السلوكية بالحرمان الأمومي بذات القوة، تعتبر الظواهر الذهنية كاللغة والتجريد أكثر تأثراً من الظواهر الانفعالية المتمثلة بإقامة العلاقات الإنسانية الدافئة مع الآخرين، والظواهر الأخيرة أكثر تأثراً من ظواهر السيطرة التوجيه على الدوافع الآنية لصالح الأهداف ذات المدى البعيد.

تتجلى آثار الحرمان الأمومي الحاد في دراسة بيرز وأوبرز (1950) لـ (38) مراهقاً سبق أن دخلوا مؤسسات الرعاية بين الأسبوع الثالث والسنة الثالثة، درس الباحثان نتائج ذلك الحرمان بين العمرين (16) و(18) سنة، برزت آثار الحرمان في توليد الاضطراب النفسي بصورة مرعبة، فانقلب أربعة من المراهقين فصاميين، وتعرض (21) منهم لاضطرابات طبيعة حادة، وعانى أربعة فتيان من التخلف العقلي، وعانى اثنان منهم العصاب، ولم يقد سوى سبعة مراهقين حياة تكيف سلوكي سوي أو مُرض.

أكد العديد من الباحثين اختلاف آثار الحرمان الأمومي من طفل لآخر، ومن مجتمع لآخر، يبقى أطفال بعض المجتمعات مكافحين أسوياء برغم الشرائط

السيئة لرعاية الأم، لا يعني هذا، على الإطلاق انعدام آثار الحرمان الأمومي في توليد الشذوذ في تلك المجتمعات، فقد يرجع الفرق إلى اختلاف المعايير التي تميز السوي من الشاذ، وإلى انخفاض نسبة المعرضين لهذا النوع من الاضطراب أو ذاك في تلك المجتمعات، وليس إلى انعدام الاضطراب، ليس ثمة شك حول ما يتركه الحرمان الأمومي في الطفولة من آثار مدمرة في المجالات الذهنية والانفعالية والاجتماعية وحتى العضوية، إن للحرمان الشديد آثاراً سلوكية عصية على الشفاء الجزئي أو الكلي مهما بلغته المحاولات التصحيحية من دقة وعناية.

الدالة 9- أنماط الرعاية الأسرية:

يولد النمط التربوي الذي تتبعه الأسرة في تربية أطفالها انحرافاً سلوكياً متميزاً كالتالي:

علاقة الأنماط التربوية بالانحرافات السلوكية

	النمط التربوي	النمط السلوكي
1.	الرفض	حط صورة الذات، فشل التمييز بين المستحسن والمستهجن، لفت الانتباه، الحسد، العدوان، الوحدة، انعدام الثقة، الحرمان الانفعالي.
2.	الوقاية	الاتكالية، انعدام الإحساس بالواقع وفرص اختياره، عدم تكون المهارات الضرورية، الخمول، الشعور بالعجز.
3.	التدليل	الفساد، الأنانية، الإلحاح، العدوانية، انعدام الصبر، استغلال العلاقات الاجتماعية، العجز عن تقويم الأوضاع والأشياء.

	النمط التربوي	النمط السلوكي
.4	المطالب المتشددة	تثبيط الإحساس بالجرأة والقيمة، انعدام العفوية والتلقائية النمائية، (راقبي ما فعلت يا أمي).
.5	المعايير الخلقية الجامدة	التذمر من الأشياء وانتقادها، القسوة على الذات، طفلية الضمير، العجز عن تقويم السلوك، الثورة المفاجئة والانحراف، تجمد الشخصية وقصورها.
.6	الانضباط	الخوف، الحقد، القسوة في حساب الذات، انعدام روح المبادرة، والعفوية، ضعف مشاعر الصداقة، التهديمية الاجتماعية وزعزعة القيم، العدوانية.
.7	تنافس الأشقاء	ميوعة المعايير الخلقية، زعزعة الأمن، السلوك المستهجن لجذب الانتباه، النكوص، العدوانية.
8	انحراف النمط الوالدي	تقليد النمط الوالدي المنحرف.

تحليل الدالة:

للأسرة آثار مؤكدة في تحديد شذوذ السلوك تتنوع الأخطاء التربوية في الأسرة وتتعدد، يجزل بعض الأهل العطاء، ويقتر البعض الآخر له فيحددون فعاليات الطفل بمنتهى الدقة، وتقف فئة ثالثة حائرة لا تفعل شيئاً لإغناء محيط الطفل وإثارته، تخطئ بعض الأسر فتلقن صغارها أنماط سلوكية مثالية، أو خاطئة، أو متشددة، وتعجز أسر أخرى عن معاناة أي إحساس بالوالدية، تنعكس ممارسات الأهل التربوية الخاطئة في سلك الناشئ اضطراباً يدمر التكيف السوي.

يتجلى رفض الوالد أو الوالدين للطفل بعجز الأهل عن إيصال حبهم للطفل بسبب انعدام الحب لدى الوالدين أو عجزهم عن التعبير عنه، يحط إحساس الطفل بالرفض من مفهومه حول ذاته لأن مفهوم ذات الفرد عن ذاته انعكاس لاتجاه الآخرين من الذات، فيعجز الطفل، نتيجة لذلك، عن التفكير حول نفسه بصورة إيجابية وتغيم قدرته على التمييز بين السلوك المستحسن وبين السلوك المستهجن لانعدام عاملي الثواب والقصاص الملازمين لتقبل الوالدين للطفل ورضاهم عنه، تتزعزع ثقة الأطفال الذين يحسون بالرفض بأنفسهم ويضحون مخلوقات وعديدة، دائبة البحث عن الانتباه حسودة عدوانية، تعاني آلام الوحدة وتعجز عن تبادل العطف مع الآخرين.

تتضمن الوقاية الأمومية أو الممية مراقبة الأم المستمرة لطفلها، ومنعه من المخاطرة، ووقايته وإلباسه وتنظيفه واتخاذ قراراته، قد ترقد الأم مع طفلها وتحتضنه باستمرار ودونما مناسبة، تحول الممية بين الطفل وبين المجابهة المباشرة مع الواقع فيعجز عن تكوين المهارات الأساسية اللازمة للكفاح ولتقويم الواقع بصورة موضوعية، ترادف الممية عبارة لست كفء وسرعان ما يتقبل الطفل مضمون العبارة فيقعد ضحية الخمول وزعزعة الثقة، إن الصبيان أشد تعرضاً لأذى الممية من البنات بسب طبيعة الأدوار الاجتماعية الخاصة بكل جنس، لسنا نضيف الكثير إن نحن أكدنا أن (75٪) من الأمهات الواقيات لا يحترمن أزواجهن، ويعوض احتكاك تلك النسوة بأطفالهن الرضى الضائع بسبب كراهيتهن لأزواجهن، لا تعجب إن وقى الرجال البنات لذات السبب أو إن نادت الأمهات أطفالهن (حبيبي متى افرح بك يا أسد الرجال)؟

- ولا يختلف التدليل كثيراً عن الوقاية، إنه استجابة الوالدين أو أحدهما لكل

نزوات الطفل وإسراعهم إلى عدن ومنها بقلب عصفور الجنة الذي طلبه بؤبؤ الفؤاد، المدللون فاسدون، أنانيون، ملحون، يحشرون ذواتهم في العلاقات الاجتماعية ويستغلونها لصالح أنانيتهم، لم يعتد الطفل المدلل الصبر، ولم يذق الحرمان، ولم يعرف قساوة الواقع أو يعاني الرفض، الحياة دوماً بين يدي الطفل المدلل، لذلك تراه ثورياً نافذ الصبر عاجزاً عن احتمال الإحباط أو عن تضحية الأهداف الراهنة في سبيل الأهداف البعيدة، يولد الانتقال المفاجئ للطفل المدلل من عرش المنزل إلى الشارع أو المدرسة صدمة قد تدمر شخصيته أو تدفعه إلى مراجعة الافتراضات المزيفة التي غرسها الوالد أو الوالدان في نفسه.

تتمثل المطالب المفرطة للأهل بإلحاحهم على تفوق أبنهم في المدرسة والفعاليات الأخرى، وتسير الأمور بصورة طبيعية عندما يمتلك الطفل القدرة التي تجاري مطالب الأهل لكن الأغلب أن ترتفع مطالب الأهل بعد كل نجاح يحققه الطفل، فما أن يحقق المسكين نقطة ممتازة حتى يسال أن يحصل على أحسن نقطة في المدرسة أو الحي أو المدينة، يفشل مثل هذا الطفل في عين والديه مهما بذل من جهد، وتنحط الصورة التي في ذاته عن ذاته ويعاني الإحباط ويتهدد إحساسه بقيمته، فيقعد عن السعي أو يستميت فيه، فتتجمد فيه العفوية وتتحجر لديه تلقائية النمو.

لا تختلف المعايير الخلقية الجامدة أو الخيالية عن المطالب المثالية إلا في تمثل الأولى للقيم الخلقية والثانية للقيم التحصيلية الذهنية، يغدو كل شيء أو عمل يواجهه الطفل أو يشتهي ممارسته خطيئة تجر الإثم والرعب، ويتجمد وجدان الناشئ ويقسو مما يحول بينه وبين الرقص والغناء واللعب مع أولاد الحي، ترادف عبارة قسوة الضمير عبارة طفيلة الضمير، إذ أن الطفل يتقبل القيم بصورة عمياء

ولا يجرأ على تقويم حسنات القيمة أو سيئاتها، ناهيك عن الاجتراء الخيالي عليها، فتغدو شخصية الطفل جامدة قاصرة متشددة، والأغلب أن يفقد مثل ذلك الطفل السيطرة الخرقاء بين آن وآخر فيجترئ على ذات القواعد الخلقية ويمارس أكثر أنواع السلوك انحرافاً، فليس عجيباً أن تسمع أن أكثر الطلاب أدباً قد غش في الامتحان أو ارتكب الموبقة.

للانضباط ثلاثة أوجه، متحرر، قاس، ومتذبذب بين التحرر والقسوة، تشير أغلب الدراسات النفسية إلى أهمية النظام الحازم المستمر والتوجيه الحكيم الصلب للنمو السليم للشخصية، ترتبط العدوانية بتسامحية الوالدين وذبذبة ممارستهم للقصاص، ويولد التحرر التربوي المفكك طفلاً فاسداً يعادي المجتمع إذ تعوزه مشاعر الثقة بذاته واحترامها مما يجره للإساءة إلى الآخرين وعدم احترامهم.

لا ننكر أن القسوة التربوية تبعث على الخوف، والحقد، وموت المبادرة، والتشدد في قصاص الذات وعقابها، لكننا نميز بين القسوة العمياء وبين القسوة القائمة على إيضاح الحدود والصلابة في مراقبتها، يجب ألا ننسى أن التحرر التربوي والذبذبة بين التسامح والقسوة تحول دون نمو منظومة القيم الخلقية اللازمة لتوجيه السلوك، فيحار الطفل ويجهل تمييز الخير من الشر والخطأ من الصواب إذا تعرض للقصاص مرة وأهمل قصاصه ثانية وعوقب مرة ثالثة بسبب الفعل ذاته، الناشئ غرٌّ بطبيعته، ولا بد له للتمييز بين الخطأ والصواب من المعاناة الحرة والاستخلاص الذاتي للنتائج، قد تنقلب المعاناة الحرة على الطفل وتدمره، لذلك يجب الاستعانة بخبرة الراشد في هذا الصدد، يجب أن تقدم تلك الخبرة بالإقناع الصلب الذي يدفع الطفل إلى تقبلها بحرية وعفوية، فقد يعجز

الطفل عن تكوين منظومة القيم دون التوقع الواضح للخير والشر، وللخطأ والصواب، ودون توفر طرق تربوية على درجة كافية من الاستمرار والثبات، أي دون الانضباط العقلاني الصارم.

يدفع الانتباه الوالدي والحب لأحد الأشقاء الطفل للشعور أن والديه أحبا شقيقه من دونه، وينزل في الأسرة وافد جديد يتبوأ مركز الانتباه والصدارة، فتنبعث الغيرة لدى الطفل ويهدد بقتل شقيقه أو يجرحه، وقد يبلغ به الأمر مداه فيضرب شقيقه، وسرعان ما يتعلم المعتدي أن الاعتداء المكشوف والكراهية الصريحة تزيد في خسارته للحب الضائع فيتبع أسلوباً آخر منحرفاً ومستوراً فيفرط في حب من يود له الموت، تزعزع الغيرة الثقة، وتجر إلى السلوك المستهجن لاستعادة الاهتمام الوالدي بشكل قصاص، وليس نادراً أن ينكص الطفل إلى مرحلة سلوكية بدائية فيبلل فراشه، أو يتأتى بعد أن يكون قد ضبط مثانته وتعلم الكلام بصورة جيدة، فلا يصحح الانحراف بالقصاص، بل لا بد من الحب، والمؤذي أن ترسخ الآليات الدفاعية على حياة الرشد، فليس غريباً أن تكون آليات الأنا الدفاعية للراشد استمراراً لآليات الأنا الدفاعية للطفل.

يراقب الطفل والديه ويقلد سلوكهم، فيجابه الطفل الإحباط بسلوك عدواني إن كان والده أو والداه عدوانيين وكانت له عادة مراقبتهم، لا يلاحظ هذا الاتجاه في فئات الأطفال الضابطة الذين لا يراقبون والديهم أو لا يكون والدهم عدوانيين.

تؤكد نظرية التحليل النفسي أن تحول الصبي عن كره أبيه ونموه بعيداً عن الأوديبية ينشأ عن الإثم والخوف بطريقة تقمص الطفل لأبيه ومحاكاته له وتنافسه معه، قد نشك في صحة الأساس الجنسي الذي تقوم عليه نظرية التحليل

النفسي، لكننا نؤكد أن الطفل يتقمص الراشد ويحاكيه والأغلب أن يكون الوالد المغاير في الجنس نمطاً للتقليد والمحاكاة، يتوقف نمو الطفل على نوعية النمط المتقمص فينشأ سوياً أو منحرفاً، قد يتلاحق الانحراف في الأسرة، ومن نافلة القول الإشارة إلى أن الطفل لا يحاكي والده ويتقمصه إلا إذا شكل الوالد ضرباً ما من نموذج محترم في عين الطفل، ويبقى الطفل دون نموذج أو يسعى لإيجاد نموذج بديل إن غاب الوالد طويلاً عن البيت أو كان الوالد ضعيف الشخصية مهاناً من الوالد الآخر أو من الجيران بسبب مهنته أو شخصيته أو منزلته الاجتماعية.

يرجع الكثير من أخصائيي الاضطرابات السلوكية أسباب هذه الاضطرابات إلى العوامل الأسرية، والتفاعل القائم بين الطفل وأسرته، كما أن معظم مشاكل الأطفال الانفعالية ناتجة عن التفاعل السلبي المبكر بين الطفل والأم، كذلك فقد أثبت البحث أن تأثيره الأسرة على الأطفال ليس مسألة بسيطة، ومن جانب آخر فإن الأطفال المنحرفين سلوكياً يمكن أن يؤثروا على أهلهم كما يؤثر الأهل فيهم وذلك لأن التأثيرات الأسرية تتصف بالتفاعل (Interaction) والتعامل (Transaction).

وينظر الكثيرون إلى المؤثرات الأسرية على أنها أسباب الاضطرابات السلوكية ويأتي في مقدمة هذه العوامل ما يلي:

1- الحرمان من الوالدين، لقد أظهرت البحوث والدراسات والنتائج الآتية:

أ- نتيجة لوضع الأطفال في مؤسسات داخلية أو نتيجة للحرمان يظهر الأطفال أشكالاً من السلوك العدواني غير المتطبع اجتماعياً، ونقص في ضبط السلوك الذاتي، ونقص المشاعر تجاه الآخرين.

ب- تأثير غياب الأم بشكل جزئي لم يتأكد بعد.

ج- الأطفال المنحرفون يأتون من البيوت المهدمة بشكل أكثر تكراراً من الأطفال غير المنحرفين.

2- **الخصائص الوالدية:**

أ- إنجاب الأطفال المنحرفين يحدث بصورة أكثر تكراراً من والدين منحرفين.

ب- يعتبر الوالدن نماذج للعدوان.

جـ- الأب الذي يميل إلى ارتكاب الجريمة والأم التي تتصف بالبرود والهدوء هو أكثر التجمعات احتمالاً لإنتاج الطفل الجانح.

د- توجد صراعات الحياة الزوجية في أغلب الأحيان لدى والدي الطفل الجانح.

3- **أنماط تنشئة الطفل التي ترتبط بنمو مشكلات لدى الأطفال:**

أ- الميول العقابية عند الأم، والتسامح الزائد، وعدم اتساق المعاملة.

ب- الميول العقابية لدى الوالدين، والإهمال، والميول التسلطية، في ضبط سلوك الأطفال.

ج- استخدام الوالدين للعقاب البدني والعنف يبدو أنه يرتبط بصفة خاصة بالسلوك العدواني عند الأطفال.

د- رفض الوالدين للطفل وتشجيع الميول العدوانية عند الأبناء والميل إلى العنف.

هـ- العقاب الصارم من جانب الوالدين على العدوان يرتبط ارتباطاً عالياً بالعدوان عند الأبناء غير الجانحين.

و- الضبط الزائد من جانب الأم يرتبط بانخفاض الميول العدوانية عند الأبناء.

ز- سيطرة الأم وكثرة القيود التي تفرضها يترتب عليها أشكال السلوك الانسحابي عند الأطفال، في حين أن التسامح المفرط من جانب الأم يرتبط بسلوك العصيان وعدم الطاعة من جانب الأطفال.

ح- عدم الاتساق في خبرات ممارسة النظام توجد غالباً لدى آباء وأمهات الأبناء الجانحين.

من ناحية أخرى، فإن خصائص الحياة الأسرية قد تسهم في اضطرابات الشخصية، **ويمكن تلخيص نتائج الدراسات في هذا المجال على النحو التالية:**

1- الخصائص الوالدية:

أ- يأتي الأطفال الذين يعانون من ميول عصابية من بيوت ترتفع فيها نسبة ظهور الميول العصابية لدى الوالدين.

ب- غالباً ما ترتبط الاضطرابات العصابية لدى الوالدين بالصراع في العلاقات الزواجية.

2- التفاعل بين الوالدين والطفل:

أ- الأطفال الذين يعانون من الكف الزائد كثيراً ما يأتون من بيوت تتميز بفرض كثير من القيود على سلوك الأبناء.

ب- المخاوف المرضية (كالخوف المرضي من المدرسة) لدى الأطفال ترتبط بالحماية الزائدة من جانب الوالدين.

ج- انفصال الطفل عن الوالدين لفترات طويلة يميل لأن يؤدي إلى استجابات الاكتئاب والسلوك الانسحابي.

3- المؤثرات الأسرية فيما يتعلق بالاضطرابات النفس- جسمية:

أ- يبدو أن الأشكال السلبية من التفاعل بين الأم والطفل التي تتضمن التهيج الشديد وعدم وجود علاقات حميمة ووثيقة ترتبط بالمشكلات النفس- جسمية عند الأطفال.

ب- الحماية الزائدة من جانب الأم قد تكون من العوامل المسببة لحالات الربو عند الأطفال، أو قد تكون من العوامل التي تؤدي إلى استمرار هذه الحالات وبقائها.

بالإضافة إلى ما تقدم توجد بعض العوامل البيئية غير المألوفة وإن كانت تلعب دورها في وود اضطرابات السلوك عند الأطفال، **ومن بين هذه العوامل ما يأتي:**

1- المؤثرات السلبية المتعددة لخبرات وضع الأطفال في المؤسسات الداخلية تتضمن الانفصال عن الوالدين، وسوء التغذية، ونقص الاستثارة الحسية.

2- القيم الخلقية والانحرافات عن هذه القيم تختلف فيما بين الطبقات الاجتماعية المختلفة، فالقيم الخلقية وأشكال السلوك المقبولة لدى أفراد الطبقات الفقيرة قد تعتبر سلوكاً منحرفاً من وجهة نظر أعضاء الطبقة المتوسطة.

3- النجاح الذي حققته أساليب تعديل السلوك والعلاج السلوكي للمشكلات السلوكية في الطفولة يشير بوضوح إلى وجود أساس يبني لكثير من هذه المشكلات.

الدالة 10- الصدمات النفسية المبكرة:

من مقابلة المريض كانت تنتابه نوبات الغضب لأتفه الأسباب:

حدثت التجربة المؤلمة الوحيدة التي عصفت بي ودمرت فيَّ كل معاني الحياة في أمسية صيفية عندما كنت أبحث عن الورقة القديمة الباقية من خط والدي بحثت وبحثت وعنّ لي أن أبحث في دواليب زوجتي، فعثرت على ورقة قرأتها، وعيناني جاحظتان، إنها رسالة قديمة من عشيق قديم لزوجتي، والصبي الذي صرفت سبع عشرة سنة في تربيته ليس أبني، نظرت إليه باحتقار حاولت أن أخنقه فخارت يداي، لقد ربيته طوال سبعة عشرة عاماً، لقد تأكد لي أن زوجتي لا تحبني وأنني خدعت، تلك أمسية أتذكرها، أتذكر أنني حاولت الصراخ بكل قواي عساي أن أنام، لتلك التجربة أثر هام في مشاعر الغضب الذي أعانيه.

تحليل الدالة:

يتعرض الناس لتجارب تمزق مشاعر الأمن والكفاية لديهم، وتسيء إلى تكيفهم وتدفعهم إلى الشذوذ، تترك تلك الصدمات جروحاً لا تندمل، وتعمل الضغوط اللاحقة تلك التجارب على إثارة الجرح القديم فيعجز المرء عن مجابهة مشاكل اعتاد أن يجابهها أو يتغلب عليها، ليس عصبياً أن نفهم عجز مثل هذا المرء عن حل مشاكل اعتاد السيطرة عليها، يترافق الموقف المؤلم، أي اكتشاف خيانة الزوجة في مثالنا، بضرب من التعلم الاقتراني، بانفعال قوي مركب من مشاعر الحطة والقلق وزعزعة الأمن، يتعرض المرء لتجارب جديدة مؤلمة هي الأخرى فتنطلق الاستجابة القديمة الجاهزة التي اقترنت بالموقف المؤلم فيقعد المرء عن السلوك البناء ونشتغل بالقلق والحطة ويتزعزع أمنه، لقد تعممت الاستجابة، ولا تتعدل الاستجابة المعممة بسبب طبيعتها الانفعالية التي تعرقل التبصر والتعديل، خاصة في المراحل الأولى من العمر.

تتعلم الاستجابة للصدمات بسرعة، وتعند وتستمر وتتعمم إلى المواقف المشابهة فتغدو، مرضية تسيء إلى التكيف السوي، يرجع الأمر، خاصة إلى انعدام قدرة الطفل على الانعكاس نحو الذات وعلى التقويم النقدي، أما الراشد فقد تزيده الصدمة المؤلمة مناعة بسبب امتلاكه القدرات المشار إليها.

الدالة 11- الإعداد الناقص للمراهقة:

وصف أريكسون (1950)، المراهقة باعتبارها مرحلة أزمة الهوية، حيث ينشغل الفرد في تحديد من هو ومن سيكون، على المراهق أن يؤسس نفسه كفرد مستقل له مهنته وزوجته ووضعه ومكانته ودوره في المجتمع، ويعجز الكثيرون عن تحقيق تلك المهمات فتميع هوياتهم وتهتز الحياة بالنسبة لهم فيثورون وينحرفون فيهددون حياة الآخرين في نفس الوقت الذي يحطمون فيه حياتهم ذاتها.

تحليل الدالة:

يُساق المراهق إلى تحقيق هويته وهو في حال من التمزق والصراع، يتمزق المراهق بين قوتين متعارضتين تدفعه بنية عضويته النامية المكتملة إلى الإحساس بأنه غداً رجلاً قادراً، ويشعره الأهل بضرورة الاستقلال والاعتماد على الذات، لكن الأهل في نفس الوقت، يدفعون المراهق ودون وعي منهم إلى الإحساس بأنه ما زال طفلاً عاجزاً يقودونه بيديه إلى اختيار مهنته وزوجته وأصدقائه، فيغدو المراهق هامشياً لا هو بالرجل ولا هو بالطفل، فيثور الرجل في المراهق فيتخذ قراراته بذاته فيخطئ بسبب خراقته وانعدام خبرته، ويؤنب الأهل المراهق ويحاولون قيادته من جديد، فلا يستطيع الرفض ويعجز عن القبول، يهرب المراهق عن تلك الحالة المائعه إلى العنف يؤكد فيه رجولته، ويكره والديه وكل ممثلي السلطة، لإحساسه بأنهم أجبروه على إتيان عمل أخرق.

ليس المراهق ثائراً حاقداً عدوانياً، بل فرداً حائراً هامشياً فج الخبرة يعـوزه ضرب من حكمة الكبار التي تحترم الرجل الناشئ فيه وتقوده بحزم كي يدرك من هو ومن سيكون، يكره المراهق ألا يقاد بحزم وينفر من أن يترك له كل الخيار، إنه نفسه حائر يرغب، من أعماقه ألا يكون والده حائرين وأن يخلصونه مـن الحـيرة بحزم خال من التجبر والإكراه وقائم على الحب والتقبل.

لا يستطيع الراشد أن يأخذ بيد المراهق إلا إذا كان قد سبق له أن أعده منذ الطفولة لتفهم مشاكل الجنس وتغير المكانة الاجتماعية، ولا يمكن قيـادة المراهـق لإدراك من هو ومن سيكون، إلا إذا ساعدناه على تحقيق المهمات النمائية في كل مرحلة من مراحل العمر، تنقلب محاولاتنـا لمسـاعدة المراهـق عبثـاً ضـائعاً، إن لم نكن قد كونا فيه، منذ الأشهر الأولى أبكر وأهـم مهمـة المراهقـون في مجتمعاتنـا لمختلف الانحرافات والصعوبات في حل مشاكل الصراع التي يواجهونهـا بسـبب إهمالنا الجاهل للمهمات النمائية المتتابعة مع تلاحق فترات الحياة.

الدالة 12- المهارات الأساسية وافتراضاتنا:

يحتاج البالغ إلى عدد من المهارات الأساسية اللازمة لإنجاح تكيفـه، يـدفع الفشل في تكوين تلك المهارات أو في تقويمها بصـورة موضـوعية علـى الشـذوذ والانحراف تصنف المهارات الأساسية في:

1- المهارات العضوية من المهارة في اللباس والنظافة إلى إتقان الرقص القومي.

2- المهارات الانفعالية بدء من الاستجابة للآخرين بالرضى أو السخط وانتهاء بروح النكتة والاستخفاف البناء بالصعاب.

3- المهارات الاجتماعية وتتراوح بين التفاعل التبادلي البسيط بين فردين وبـين التفاعل التبادلي للفرد مع الآخـر في مختلـف المسـتويات الفئويـة والقوميـة والإنسانية.

4- المهارات العقلية، بدء من تعلم القراءة وانتهاء بصياغة مخطط المخططات أو المنظومات أي مهارة تعلم المهارات.

تحليل الدالة:

يساعد اكتساب المهارات السابقة الفرد على النجاح، ويقوي نجاح الفرد ثقته بذاته ويدفعه إلى المزيد من النجاح، لا يمتلك الفرد مختلف المهارات وحسب، بل تصورات ذاتية أو إدراكات لتلك المهارات. تمثل الإدراكات الذاتية حول المهارات مجموعة افتراضات الفرد حول مهاراته، تجنح افتراضات الفرد حول مهاراته صعوداً أو هبوطاً، إيجاباً أو سلباً فيضخم القليل أو يصغر الكبير، ويندفع الفرد في الحياة وفق مخطط خاطئ مضلل فيعمى عن رؤية الأشياء على حقيقتها وتشوه إدراكه للواقع ويتعارض سلوكه مع معطيات ذاته أي مع مهاراته، يتردى الفرد، نتيجة خطأ افتراضاته، في الفشل فتنحط صورة ذاته حول ذاته وقد يقع ضحية الارتياب وهو اضطراب نفسي خطير.

سواء كانت افتراضتنا حول مهاراتنا دقيقة أو مشوهة جامدة أو مرنة، فإنها تؤثر في سلوكنا وتجعله سوياً أو شاذاً، إن نحن اعتبرنا الكون غابة صاخبة بالوحوش الكاسرة، لم نر في الناس سوى الأنانية والخداع والمكر والإجرام، وتشوه افتراضاتنا التجارب الجديدة فنعانيها من خلال عدسات مشوهة تقوي اعتقادنا بقذارة الناس، تميل الافتراضات الخاطئة بسبب طبيعتها لتكوين الحلقات المفرغة فتتقوى أخطاؤنا ذاتها أثناء تفاعلنا التكيفي مع العالم.

الدالة 13- تمييز الذات وتكاملها:

أشار رايزمان (1950) إلى ميل الرجل المعاصر للتوجه الخارجي بقوة المجتمع، يضع الرجل المعاصر على رأسه جهازاً يلتقط الإشارات من كل مكان فتدله على ما يجب أن يعتقد وكيف يجب أن يعيش، رجلنا هذا في غاية الحساسية

للمواقف الاجتماعية إذ يتلهف لفعل ما يتوقعه الناس منه ويتجنب الأفكار والأدوار السلوكية المستهجنة من الآخرين.

يعتمد الرجل المعاصر على المجتمع اعتماد الطفل على أبويه، وذلك على حساب تميزه أو تحققه كفرد، يشير وايزمان إلى الفرد ذاتي التوجه ويصفه بأن يرفض التقبل الأعمى ويحافظ على نزعته للنقد فهو يقدر ويبحث ويختار ويسلك وفق ما يراه ملائماً، يحاول ذاتي التوجه أن يبني إطار استناد خاص ونمط حياة فردي يلائمانه هو ويسهمان في وفاة الفئة التي ينتمي إليها أو التي يطمح بالانتماء إليها، إن مثل هذا الفرد يقود حياته بنفسه ويحتمل مسؤوليات قيادته تلك والحياة المرافقة لها.

تحليل الدالة:

شمل تعريف السلوك السوي إقامة التوافق بين الفرد والمحيط، لا يقيم التوافق المشار إليه سوى كيان يدرك ويقوم ويعي ويختار، يفترض الاختيار، بالعبارة محصلة للإدراك التقويمي الواعي، وجود فردية أصيلة متميزة تغير الأشياء والوقائع وتعدلها، بحيث تخدم استمرار فرديتها الاصيلة وتعدل ذاتها لتلائم جمودية الواقع، الأصالة الفردية توازن مستمر لتعديل يشمل الذات وعناصر الواقع، يستحيل حصر التعديل في الواقع بسبب استحالته أحياناً، يؤدي قصر التغيير على الذات إلى موت فرديتها، والذات المتميزة من العوامل الأساسية للتكيف السليم: ليست الذات المتميزة سوى إدراك الفرد وتصوره، لمن هو ومن هو ومن وما هو سيكون، أي لهويته المسقطة في المستقبل.

هل يستطيع الفرد تحقيق إحساس ثابت بهويته والمحافظة عليه في ظل تغيرات شديدة مستمرة؟ تتضمن الحياة المعاصرة خطرين أساسيين، **أولهما:** خوف الفرد من البنية الاجتماعية، وثانيهما: نقص شجاعة الفرد ليكون نفسه

ولتحمل مسؤولياتها بمنتهى الحرية، يعكس سلوك الفرد في المجتمع المعاصر حيرته الداخلية المؤلمة ويتذبذب سلوك الإنسان في المجتمع المعاصر، يريد الفرد أن يكون ذاته وأن يوجهها، لكنه يتردد في ترك منطقة الأمن إلى منطقة المسؤولية، فيغرق نفسه في الفئة التي ينتمي إليها دون أن تموت فيه الرغبة في كونه ذاته، هكذا يجد الرجل المعاصر نفسه يراوح بين نهايتي الصراع المولد للإحباط، فيشذ سلوكه ويضطرب ويسوء تكيفه، من هنا تبرز أهمية الصحة النفسية الوقائية في مساعدة الفرد ليكون نفسه في المراحل الحاسمة من حياته، بدء من مرحلة تكون الثقة في الطفولة ومروراً بتميز الذات في المراهقة، ودونما نهاية.

الدالة 14- المجتمع والاضطراب النفسي:

كتبت ميد تصف أثر المجتمع في العضوية، تنشأ أنماط العضوية خلال الظاهرة الاجتماعية بنفس الطريقة التي تغدو فيها الرجفة جزء من سلوك المصاب بمرض عصبي، المجتمع عنصر رئيسي في نمو الفرد يؤثر في البنية والفعالية، بحيث تختلف استجابة فردين نشأ في مجتمعين مختلفين، خذ وباء كريفز المعروف، ترتبط الإصابة بكمية القلق التي يخضع لها الفرد، أنه ينشأ عن القلق النازل بالفرد خلال المراحل الحرجة من النمو ويؤثر في استقلاب الدرقية الذي قد يصبح مزمناً، تعمل مختلف أجهزة الجسم على معادلة فعل الاستقلاب بظاهرة الاتزان العضوي التكيفي، يتعرض الفرد في بعض المجتمعات لظواهر الاتزان بنفس الدرجة التي يتعرض لها المصاب بمرض كريفز ميد، أضف لوصف ميد حالة أختك التي يصيبها مرض اليرقان، هل يؤثر اليرقان الذي يصيب أختك بعد زواجها تأثيره فيما لو أصابها قبل الزواج وبحضور حماتها؟ كلا! هل تتأثر المرأة الأمريكية بإصابتها باليرقان أمام حماتها تأثر المرأة العربية بنفس المرض وفي نفس الوقت؟ كلا، أيضاً.

تحليل الدالة:

تؤكد دراسة ميد المشار لها والملاحظة المضافة أهمية المجتمع الذي ينشأ فيه الفرد في تحديد عضويته وطبيعة المرض الجسمي والنفسي الذي يتعرض له ودرجته، لا مراء للشك في أن تأخذ فعالية أي جزء من الجسم شكلها بواسطة المجتمع الذي يترعرع فيه الفرد بكل وجوده، يقنن المجتمع الطعام وضوء الشمس والتعرض للمرض وشدة الضغط المحتمل والمصائب والتجارب بل، والطريقة التي نولد فيها ونستقبل العالم وفقها، يعلمنا المجتمع نظام الطعام وكل نظام ويدفعنا للرقاد ويقاصصنا ويكافئنا، ويحدد لنا معايير السلوك السوي والشاذ، إنه يصنعنا من مادة خام تسمى العضوية الحيوانية، وليس لصنعته تلك من حدود فينا.

أبانت دراسات الأجناس ميل التنظيمات الاجتماعية المختلفة للتعرض لاضطرابات نفسية متباينة، فتنشأ لدينا أصناف اضطرابات نفسية لا تعرفها بعض المجتمعات التي تعيش في بعض المناطق القبلية من العالم، وتتعرض قبائل العالم المختلفة لأمراض نفسية ذات أعراض نعتبرها نحن جزء من السلوك السوي وتساعدنا على التكييف السليم، لا يقتصر الفرق في نوعية الاضطراب النفسي ودرجته على الشعوب المتمدنة والقبلية، بل يمتد ليشمل فروقاً بين الشعوب القبلية نفسها أو بين الشعوب المتمدنة ومثيلاتها.

لا يسلم المجتمع، كوحدة، من التعرض لظروف ضغط شاذة تتدلى في سلوك اجتماعي شاذ، ليس التمييز الفئوي الذي يفتك ببعض المجتمعات في جنوب الولايات المتحدة وفي أيرلندا ومناطق أخرى من العالم سوى رد فعل مرضي على أوضاع ضغط اجتماع مدمر، تنتقل عدوى المرض إلى الفرد في ذلك المجتمع لتشكل اتجاهاته ومختلف ردود فعله.

الدالة 15- التعب والشرائط الحيوية الأخرى:

عرض بعض المتطوعين في دراسة تجريبية للحرمان من النوم مدة تراوحت بين (72) و(98) ساعة، تشوه الإدراك البصري للمتطوعين وتفكك لديهم التوجه المكاني والزماني وعانى بعضهم من أوهام مؤقتة، ومن ازدواج في الشخصية وشعرت فئة من المتطوعين بما سماه الباحثون وهم الضماد وهو إحساس الفرد بالتفاف حزام حول رأس الفرد ومحاولته المستمرة لنزعه.

تحليل الدالة:

يعمل العديد من الشرائط الحيوية كالالتهابات والتسممات وسوء التغذية والأرق والتعب على تهيئة استعداد الفرد للاضطراب النفسي أو على رميه به، ليس ما حدث في تجربة موريس للمتطوعين بمختلف عن تحطم سجناء الحرب والسجناء السياسيين تحت وابل الأسئلة المتكررة المتعبة في حالة مزمنة من الأرق الذي يفرضه السجان لعدة أيام، يشعر السجين بضعفه وبقوة آسرة فيقف منه موقف الولد الصغير من أبيه، يخافه ويتلعثم أمامه ويثق بوعوده فيروي له الحقيقي عن قوة جيشه وعن أسلحته ومراكزه وقادته، يخدم السجين في تلك الحالة هدف عدوه ويسيء إلى الهدف الذي صرف حياته لتحقيقه، كان السجين يقتحم الموت دون وجل والآن يخشى الموت والسجان ويثق بالأخير، يحدث هذا للسجين بسبب التفكك التام لشخصيته، تفكك قد يجعله ضحية اضطراب نفسي خطير قد يطول ويزمن.

يعاني نصف مرضى المستشفيات النفسية من اضطرابات مرتبطة بالتسمم أو بتلف الدماغ يكون تلف الدماغ وتسممه مؤقتاً كما هو الشأن في بعض الحميات أو مزمناً شأن التهابات السيفلس، يؤثر تلف الدماغ في إطار بنية الشخصية التي قد تخفف أثره أو توقفه، فيغدو البعض شديدي المرض بسبب تلف بسيط في الدماغ في حين يستطيع البعض مجابهة اثر تلف اشد بمنتهى

النجاح، تحدد منظومة شخصية الفرد السابقة للمرض طبيعة المرض وشدته، فيقع البعض في الهوس وآخرون في الفصام وفئة ثالثة في سواه.

الدالة 16- الانفعالية:

ميز باسوينز ورفاقه ثلاثة طبقات لآثار الانفعالية هي:

1- تنبه العضوية وازدياد حيويتها في المستويات الضعيفة من القلق، تنخفض في تلك الحالة عتبة الإحساس للأحداث الخارجية وتشتد القدرة على مقاومة الخطر.

2- تصلب العضوية في حالة من التهيؤ، واستمرار الحساسية في المستويات العليا من القلق مع فقدان القدرة على التمييز بين الأساسي والتافه.

3- تفكك الكائن وضعف قدرته على السيطرة وتجرد سلوكه من العفوية والفردية.

ورجوع المرء إلى الآليات السلوكية السابقة الموثوقة عند استبداد القلق وانشحان كل جديد بصفة التهديد، آنذاك يفقد السلوك تكامله وتناسقه ويعجز الكائن في تلك الحالة عن التمييز بين الخطر من المثيرات.

تحليل الدالة:

المألوف أن يعمل الانفعال على تحريك مصادر الكائن لمجابهة الأمور الطارئة، فيهرب أو يهاجم أو يفكر في حل سليم للمأزق، غير أن للانفعالية **ثلاث مستويات متميزة في آثارها في سلوك الكائن:**

1- يعمل الانفعال الخفيف على زيادة التركيز ومتابعة الجهد بصورة تكاملية متناسقة.

2- يعرقل الانفعال المتوسط القدرة على حل المشاكل ويسيء إلى سلوك المهام.

3- تفكك الانفعالية القوية السلوك وتقعد الفرد في حالة من الرعب المدمر، يشل الخوف الشديد الناس فيدفعون بعضهم بمحاولات عمياء تعيق إنقاذهم من جو الحريق أو الغرق مثلاً.

يجرنا الغضب الأعمى إلى سلوك أبله يتركز في الهجوم الوحشي على الآخرين، يكون الخيط الفاصل بين سلوك الفرد في حالات الرعب المقعد أو الغضب الوحشي المدمر وبين الاضطراب النفسي دقيقاً جداً، يبدأ الكثير من حالات الفصام والهمود بتجربة مرعبة مقعدة مستمرة، وتنجم بعض حالات الارتياب والعصاب عن تكرار التجارب الانفعالية المتميزة بتفجيرات الغضب البدائية، دفعت تلك الحال علماء النفس إلى التفكير بمواقف ضاغطة تؤدي إلى الرعب والقعود والغضب الانفعالي، ومن تلك المواقف:

1- الفشل الذي يحدث عن إحباط الأهداف الكبرى التي ترسمها ذات الفرد المثالية، تمثل تلك الأهداف مستويات الطموح الرفيعة للذات المثالية التي هي الصورة التي نتوقع لذاتنا أن تكونها.

2- الخسارات المتنوعة كفقدان الفرد لثروته أو لأحبائه.

3- الحسد وينجم عن مقارنة الفرد لمكانته الاجتماعية بمنزلة الآخرين وما يستطيعونه، يختلف الحسد عن التنافس بانعدام السعي والنظرة الواقعية التي يتميز بها التنافس.

4- القصورات الشخصية في القدرات العقلية والمظهر الجسمي والعمر والذكاء وغيرها، يرتبط القصور بالفشل والمقارنة بالآخرين، وقد يتضمن عامل الحسد.

5- الإثم وهو شعور يحل بنا عندما نساق في سلوك منحرف أو عندما نفشل في تحقيق قيمنا الخلقية، يجر الإثم إلى الإحساس بالقصور.

6- الإحساس بالانفصال وانعدام المعنى وهو ما يعانيه البعض عندما يحسون بأن لا أحد يبالي بوجودهم وبأنهم وحيدون غرباء في عالم رافض.

7- يحدث شعور الفرد بالاغتراب نتيجة أحد العوامل السابقة أو بعضها أو كلها وهو أقوى صورة لقصور ذات الفرد، يرتبط الاغتراب بمشاعر عجز الفرد عن إيجاد معنى لحياته، اللامعنى أكثر تهديماً للذات من الاغتراب إذ أنه المرحلة الأخيرة قبل المرض.

يقود أي من العوامل السابقة إلى ضياع إحساس الفرد بكفايته وقيمته كفرد، وتتحرك العوامل السابقة وتنشط في الفرد لوقاية الذات من الحطة والقصور.

يحدث في حالات الانفعال الشديدة أن تضيع قدرة الفرد على التكيف السليم باتباع سلوك المهام وإيجاد حل سوي للمشكلة المجابهة فيتردد ويتمزق بين:

1- الواقع أو الهرب منه.

2- التوجه الذاتي أو الاتكالي.

3- التكامل أو الإرضاء الآني للمطالب الأنانية.

4- المواجهة الإيجابية أو الخوف.

5- السيطرة على النزوات أو الاعتياش الحيواني.

6- مجموعة قيم إيجابية أو مجموعة قيم سلبية.

7- العقيدة الموحدة لمجموعة القيم الإيجابية أو التمزق بين مجموعة متضاربة من القيم.

الدالة 17- البيئة المدرسية:

قد يأتي طفل إلى المدرسة وهو مزود ببعض السلوكات السلبية التي أكتسبها من تفاعله في بيئته الأسرية، وقد لا يكون طفل آخر مزوداً بمثل هذه السلوكات السلبية، هنا يأتي دور المدرسة وتأثيرها وذلك بما فيها من مدرسين، وطلاب وأساليب تربوية ومنهجية، فقد تساهم كل هذه المكونات أو بعضها في تطوير المشاكل السلوكية ونموها لدى الأطفال، أو في تنمية عادات سلوكية مقبولة لديهم.

فالطفل يقضي وقتاً طويلاً في المدرسة، ويتأثر تأثراً مباشراً بالنظام المدرسي بما فيه من مكونات ايجابية وسلبية يمكن أن تؤدي إلى تطوير مشاكل سلوكية لديه إذا توافرت الظروف المواتية كما في الحالات الآتية:

- عدم تلبية المناهج والأنشطة المدرسية للفروق الفردية الواسعة بين الأطفال في الاهتمامات، والقدرات والميول.
- عدم إتباع نظام ضبط متناسق يراوح بين الشدة واللين، والاعتماد على نظام ضبط واحد يعتمد على اللين المفرط، أو الشدة المفرطة من قبل المعلم أو الإدارة المدرسية.
- عدم قيام المعلمة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معالجة الاضطرابات السلوكية عند الطلاب.

ويقترح كوفمان (1977)، خمسة أساليب على المدارس أن تتعامل مع الأطفال من خلالها للوقاية من تطور الاضطرابات السلوكية لديهم:

1- مراعاة الفروق الفردية على مستوى الاهتمامات والقدرات.

2- تبني توقعات واقعية من سلوك الأطفال وتحصيلهم الأكاديمي.
3- التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل بثبات فالمرونة المفرطة والحزم المبالغ فيه يزيدان الاضطرابات السلوكية.
4- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه.
5- مراعاة جانب الطفل التعليمية وذلك من خلال جعل مجالات الدراسات مثيرة لاهتمامات الطفل قدر المستطاع.

المتغيرات المرتبطة بالمشاكل السلوكية:

1- النسبة Incidence:

في عام (1969) قدر مكتب الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك (767108) طفلاً مضطرباً عاطفياً وهذا العدد يشكل (2٪) من الأطفال والشباب منذ الميلاد وحتى سن (19) سنة، وخلال هذه الفترة ما بين (1975-1976) قدر مكتب التربية في الولايات المتحدة أن هناك (1.310.000) طفلاً مضطرباً عاطفياً بين سن (19) سنة، ولكن نسبة معينة منهم كانوا يتلقون تعليماً خاصاً.

وقامت الولايات المتحدة بعدة دراسات وأبحاث تتناول مختلف أنواع السلوكات:

1- ولكيمان (Wickmen, 1928)، قام ببحث على الأطفال بين (6-12) سنة معتمداً على تقديرات المعلمين واستنتج أن هناك (7٪) من الأطفال لديهم سوء تكيف وأن (42٪) لديهم مشكلات سوء تكيف بسيطة.

2- وقد قام هيلدرث (Hildreth, 1928)، بدراسة على رياض الأطفال، وقد

استنتج أن (7٪- 8٪) من الأطفال لديهم سوء تكيف وأن (42٪) لديهم مشكلات سوء تكيف بسيطة.

3- وقد قام روجرز (Rogers, 1942)، ببحث على (1500) طفل مستخدماً سجل المعلمين للاختبارات، العلامات، السن والحضور وقد استنتج أن نحو (33٪) من الأطفال من المرحلة الابتدائية لديهم مشكلات سوء تكيف بسيطة و(12٪) مضطربين عاطفياً.

4- وفي دراسة أخرى لـ (Stenett) في المناطق الريفية وجد أن (5٪ -10٪) من الأطفال مضطربين عاطفياً مما يجعلهم جديرون ببرنامج خاص تعلمي.

2- الاستمرارية Persistence:

إن البحث في هذا المجال يواجه مشاكل يمكن تمثيلها بأسئلة هل الاضطراب العاطفي أو السلوكي يستمر خلال الوقت؟

هل تتناقص أم تتزايد أم تبقى ثابتة خلال الوقت والفترات الزمنية والعوامل المتداخلة أم بدون عوامل متداخلة؟

هل يؤثر نوع العامل المتدخل على الاضطراب؟

قام ستنت (Stennett) بدراسة في المناطق الريفية لدراسة الاستمرارية في الاضطراب السلوكي والعلاقة بين الاضطراب والإنجاز واستنتج أن هناك كثير من الأطفال لا يحلون مشاكلهم بأنفسهم ويحتاجون في بعض الأحيان لمساعدة علاجية وقد وجد الاستمرارية بنسبة (85٪).

وقد وجد جيلفن (Glavin) أن هناك (30٪) من الطلاب لم يتم علاجهم لديهم اضطراب سلوكي، ولكن المهم في بحثه أنه وجد أن (70٪) من الحالات قد تحسنت بعد العلاج.

وقد استنتج ماكوي (Mccoy) وشالزويو (Clarizio) بعد مراجعة وتحليل على البحوث المختلفة عن الإعاقة السلوكية ما يلي:

1- ثلاثة من كل (10) أطفال معاقين سلوكياً يتجاوزن مشاكلهم عند سن الرشد.

2- (70٪) من الأطفال المعاقين سلوكياً سيصبحون راشدين طبيعيين بعد نموهم.

3- الاستمرارية في الإعاقة السلوكية متعلقة بشدة وعدد الظواهر التي تبديها العينة والتي تدل على الإعاقة السلوكية.

4- الاستمرارية في الإعاقة السلوكية متعلقة كذلك بطبيعة الاضطراب وبالبيئة التي يعمل فيها الفرد.

5- الحالات الشديدة من العدوان والانسحابية هي تنبؤية وموجهة لحالات الاضطراب في سن الرشد.

6- الانحراف الصبياني ينبئ بالإجرامية في سن الرشد.

7- الخجل والانسحاب يختفي مع تقدم السن والنمو ولا يوحي بالاضطراب في سن الرشد.

8- مخاوف الهلع الفوبيا لا يوحي باضطراب سلوكي في سن الرشد.

9- الأمراض السلوكية والانفعالية الشديدة مثل التوحد (Autism) والفصام (Schizoprinia) تستمر في حياة الراشدين بنسبة (70-75٪).

3- السن والجنس Age and Sex:

إن الأمراض السلوكية تصيب الذكور والإناث على حد سواء وكذلك الأمر بالنسبة للسن، وفيما يلي بعض الدراسات التي تبين السن والجنس وعلاقتهما بالإعاقة السلوكية أو العاطفية:

وجد مورس (Morse) ورفاقه في بحث لهم على طلاب المدارس، وجدوا أن هناك (5) ذكور مقابل فتاة واحدة في الإعاقة السلوكية.

وقد وجدليونز (Lyons) وبورز (Powers) أن هناك (7) ذكور مقابل أنثى واحدة من الإصابة بالاضطراب السلوكي، وقد وجد أيضاً كلاريزيو (Clarizio) ماكوي (Mccoy)، أن مشاكل التكيف هي بنسبة (3) ذكر- أنثى واحدة، وهذه النسبة من الممكن أن تكون متأثرة بتوقعات المجتمع أو الوالدين للأبناء والبنات، فهم يتوقعون أن يكون الأولاد منطلقين وعدوانيين في حين أن البنات يتوقع أن يكن هادئات ومتحفظات أكثر.

هذه النسب يمكن أن تتغير إذا أتم بالفعل تحقيق المساواة بين الجنسين وإزالة الفروق في الأدوار الاجتماعية.

إن التعرف على حالات الإعاقة السلوكية يتم في سن مبكرة ولكن من الممكن كذلك أن تمر قنوات حرجة تتضح الإعاقة السلوكية فيها في سن لاحقة.

وقد وجد جلبرت (Gilbert) أن الإعاقة السلوكية تحدث في سن (6-10) سنوات ووجد بور (Bower) أن أقل الإصابات تحدث في السنوات المبكرة جداً والصفوف العليا، وأكثر الإصابات في السنوات المتوسطة في المدرسة، في حين وجد ليونز (Lyons) وبورز (Powers) أن أكثر الإصابات السلوكية تحدث في الصفوف الأولى والثانية، وبين الطلاب المعوقين عقلياً، **والواقع أنه يجب عند تحليل الجنس والسن وذلك لثلاثة أسباب:**

1- إن الذكور يبدون سلوكاً عدوانياً واضحاً يمكن تحديده والتعرف عليه في حين أن سلوك الإناث المنحرف مثل الخجل والانسحاب والأمراض النفسية من الصعب تحديدها والتعرف عليها.

2- الخدمات التعليمية والعيادية ليست متوفرة لفترة ما قبل المدرسة وبالتالي لا

تستطيع تحديد والتعرف على الإصابات السلوكية لدى الأطفال ما قبل المدرسة.

3- كذلك ينطبق هذا القول على طلاب المدارس العليا من حيث عدم كثافة العناية الطبية العيادية.

4- الذكاء Intelligence:

تنبع أهمية مقاييس الذكاء من معظم الاختبارات خاضعة للخلفية الثقافية للطفل ومرتبته الاجتماعية والاقتصادية وعرفه ولقبه كذلك فإن كثير من حالات الفوضى السلوكية غير خاضعة للاختبار بسبب الانسحاب والتشتت والنشاط الزائد وقد وجد بورز (Powers) من خلال دراسة عام (1961)، أن معدل ذكاء الذكور هو أعلى قليلاً من معدل ذكاء الإناث بين الأطفال المعاقين سلوكياً والبالغ عددهم في تلك العينة (461) طفلاً ولكن الفرق بالذكاء بينهم ليس له دلالة وفي المقابل فإن مستوى ذكائهم عادي ومقارب للطلاب العاديين.

5- الإنجاز Achievement:

إن الإنجاز عامل مهم في مضمار الاضطراب السلوكي بالرغم من أنه من الصعب معرفة العلاقة بين السبب والأثر وتحديدها، فقد قام (Morse) ورفاقه بدراسة على (145) طفلاً معاقاً سلوكياً لمدى الإنجاز في القراءة ووجدوا أن (55٪) أدوا بمستوى أدنى فما هو متوقع لمستواهم العقلي في حين (45٪) أدوا مستوى أفضل من المتوقع.

وقد قارن (Stenett) مستوى الإنجاز بين الأطفال المعوقين سلوكياً والأطفال العاديين ووجد أن الأطفال المعاقين سلوكياً يضعف إنجازهم أكاديمياً عن رفاقهم ومقداراً هذا الضعف عند الذكور هو أكثر منه عند الإناث، وحين

جمع عوامل مستوى الذكاء والجنس والإنجاز بين الأطفال سلوكياً والأطفال العاديين في الصف الخامس الابتدائي وجد أن الأطفال المعوقين سلوكياً قد تخلفوا عن رفاقهم بمستوى سنة كاملة.

خصائص الأشخاص المضطربين سلوكياً:

يختلف العلماء والباحثون حول الخصائص التي يمكن أن يعتمدوا عليها للتعرف على المضطربين سلوكياً، حيث يرى بعضهم أن مستوى الذكاء يعتبر خاصية ويمكن اعتمادها كمؤشر لهذه الفئة، إلا أنهم يشككو في هذه الخاصية، ذلك لأن بعض الباحثين قد أشاروا إلى أن المضطربين سلوكياً أقل من أقرانهم غير المضطربين في مستوى الذكاء، وأن متوسط ذكائهم لا يزيد عن (90)، ووضعهم آخرون في حدود التخلف العقلي البسيط، بالإضافة إلى أن بعض العلماء قد أشار إلى أنه ليس من السهل تطبيق اختبارات الذكاء على هذه النوعية والحصول على مستوى فعلي لهذه الفئة، وأن هناك بعض الأفراد من المضطربين سلوكياً الذين قد حصلوا على درجات مرتفعة من الذكاء.

وقد فسر المتشككون في تحديد خاصية الذكاء كمؤشر للمضطربين سلوكياً، لأن الاضطراب السلوكي لا يتيح الفرصة لاكتساب وتعلم وإدراك مضامين اختبارات الذكاء، وبذلك لا تكون نتائج هذه الاختبارات مؤشراً حقيقياً لمستوى ذكائهم.

وتوجد الاضطرابات السلوكية عند الأفراد المعوقين عقلياً، والمتفوقين وعند المعاقين بدنياً، وكذلك عند الأفراد العاديين، وتؤثر اضطرابات السلوك على خصائص شخصية الإنسان بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ومن أهم خصائص شخصية الأفراد المضطربي السلوك ما يلي:

- **الخصائص العقلية:**

تتمثل الخصائص العقلية للأشخاص المضطربين سلوكياً، وخاصة ذوي اضطراب السلوك المتوسطة والبسيطة في أن نسبة ذكائهم في حدود المتوسط أو دونه ذلك بقليل (90) درجة أو أقل من ذلك بقليل، كما أن قلة منهم يقع في حدود الذكاء المتوسط (90-100)، كما هو بالنسبة للأشخاص العاديين، كما يوجد نسبة أخرى من الأشخاص قد تزيد نسبة ذكائهم عن متوسط ذكاء العاديين.

وأن الكثير من الأشخاص المضطربين سلوكياً بدرجة شديدة، يكون من الصعب تطبيق اختبارات الذكاء عليهم.

- **الخصائص المعرفية:**

إن غالبية الأشخاص المضطربين سلوكياً يحصلون على درجات منخفضة في اختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية، والقلة منهم يحصلون على درجات عالية، والسبب في ذلك يعود إلى أن الاضطرابات السلوكية تؤثر على توفر الفرص المناسبة للطلاب لتعلم المهمات الدراسية بشكل صحيح، فمظاهر الاضطراب السلوكي تؤثر على انتباه الطلاب وتركيزهم في المواد الدراسية، حيث أنهم يقيضون معظم وقتهم منشغلين في أشكال السلوك العدواني والانسحابي ويصعب عليهم تركيز انتباههم في المواد الدراسية.

- **الخصائص الاجتماعية:**

تتمثل الخصائص الاجتماعية للأشخاص المضطربين سلوكياً في شكلين أساسين هما:

1- سلوكيات موجهة نحو الخارج (السلوك العدواني).

2- سلوكيات موجهة نحو الداخل (السلوك الانسحابي).

فيما يتعلق بالشكل الأول من سلوكيات الأشخاص المضطربين سلوكياً، فيمكن ملاحظته بشكل متكرر، حيث يظهر على شكل سلوك عدواني، مثل الاعتداء الجسدي (ضرب، شد شعر..) أو العدوان اللفظي (كالسب، والشتم...)، أو العدوان الرمزي (تذمر، تأفف، وضيق..).

كما يوجه الأشخاص المضطربين سلوكياً اعتداءاتهم على الأشخاص المحيطين دون استفزاز ويهدفون من وراء ذلك السيطرة على الآخرين والتسلط عليهم، وقد يوجه مثل هذا العدوان في المدرسة على المعلم أو المدرسة، وقد يتطور ليوجه نحو المجتمع، حيث يتمثل على شكل مخالفة للقوانين، والأنظمة، والعادات والتقاليد، وهو ما يعرف بالسلوك المضاد.

أما الشكل الثاني من سلوك الأشخاص المضطربين سلوكياً، فيتجلى على شكل سلوك انسحابي يعبر عن فشل الشخص في التوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث يظهر على شكل انسحاب من المواقف الاجتماعية، والانطواء على الذات، والاستغراق في أحلام اليقظة، والقلق الزائد، والخمول، وعدم الاستجابة لمبادرات الآخرين، وتكون صداقاتهم قليلة، وتعد حالته ذهان الطفولة التوحد مثالاً واضحاً لذوي الاضطرابات السلوكية الشديدة عند الأطفال.

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المضطربين سلوكياً:

سنتحدث عن السلوك التحصيلي الأكاديمي والسلوك العدواني غير الناضج والتوحد.

أولاً: سلوك التحصيل الأكاديمي:

يتصف هؤلاء الأطفال بأن متوسط نسبة ذكائهم يقدر بحوالي (90) وأن القليل منهم يتمتع بقدرات عقلية أعلى من المتوسط وبعضهم يقع ضمن بطء التعلم وفئة التخلف العقلي البسيط، علاوة على ذلك لديهم مشكلات تعليمية مختلفة كتدني مستوى التحصيل الدراسي، حيث أن أدائهم أقل من المتوقع قياساً مع قدرتهم وأعمارهم الزمنية وأن هناك رابطة قوية بين الاضطراب السلوكي والصعوبات التعليمية.

وتشير الدراسات إلى أن (18٪) من أفراد دراسة أجريت على عينة من هؤلاء الأطفال بأنها تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة وأن (72٪) لديهم مشكلات تحصيلية في الرياضيات ومشكلات تتعلق بالنظافة وارتداء الملابس والاستحمام، كما أنهم يعانون من تشتت الانتباه وهو أمر يلعب الدور الأكبر في تدني تحصيلهم، كما أن سلوكهم الانسحابي والعدواني يزيد في تدني تحصيلهم الأكاديمي وكذلك نشاطهم الزائد.

ثانياً: السلوك العدواني:

إن السلوك العدواني من أهم السمات التي يتصف بها أفراد هذه الفئة ويبدو ذلك في شكل عدوان لفظي، ومادي، وجسدي مثل سلوك إيذاء الذات والشجار والعناد، وقد يكون هذا السلوك سلوكاً متعلماً لديهم، أو نتيجة للإحباط الذي يواجهونه في محيط الأسرة والمدرسة، ويرتبط العدوان لديهم بسلوك التخريب والاعتداء على ممتلكات الآخرين وإحراقها أو سرقتها.

ثالثاً: السلوك الأنسحابي:

يأخذ السلوك الانسحابي أشكالاً عديدة منها عدم المشاركة في النشاطات الاجتماعية مثل حفلات الزواج والأعياد والطقوس الدينية والمناسبات الوطنية، ويبدو أن سبب الانسحاب قد يعود لفقر في مهارات الاتصال والتواصل لديهم، أو عدم قدرتهم على حل المشكلات والتعامل مع المواقف الاجتماعية بسبب نقص في المهارات الاجتماعية، لذلك يهملون المشاركة في هذه المناسبات الأمر الذي يقودهم إلى العزلة الاجتماعية وإلى الاكتئاب والقلق والخوف وغيرها من السلوكات غير المقبولة، وقد يأخذ الانسحاب عند هؤلاء الأطفال شكل أحلام اليقظة وادعاء المرض والمخاوف المرضية والتوحد.

رابعاً: السلوك غير الناضج:

ويأخذ ذلك السلوك شكل المبالغة في التعبير الانفعالي أو إظهار التعبير الانفعالي الذي لا يتناسب وطبيعة الموقف مثل الضحك في المواقف المحزنة والنكوص هو خير مثال على تراجع السلوك الطفلي مثل سلوك البكاء أو الزحف بعد المشي.

خامساً: التوحد:

يتصف الطفل المتوحد باضطراب في معدل نمو المهارات الجسمية والاجتماعية اللغوية وباستجابات شاذة للخبرات الحسية، وبافتقار لمهارات الكلام واللغة وتأخرها على الرغم من توافر بعض القدرات العقلية، كما أنه يتصف بطرق شاذة من التعامل مع الآخرين والأشياء والأحداث وقد يتصاحب التوحد مع اضطراب آخر يؤثر على وظائف الدماغ كاضطراب الصرع ويظهر الأطفال المتوحدون سلوك إيذاء الذات والسلوك النمطي والسلوك العدواني.

اعتبارات خاصة في تقييم المضطربين سلوكياً :

إن تقييم الطالب المضطرب سلوكياً يتطلب من الفاحص الصبر حيث يجب عليه أن يخلق جواً يستطيع الطالب أن يشعر فيه بالراحة والاطمئنان، وبالنسبة للطلاب المضطربين بدرجة بسيطة فإن توفير هذا الجو يكون بمساعدة الفاحص نفسه وذلك عند تعبيره عن فهمه لسبب قلق الطالب، ويستطيع الفاحص أن يخبر الطالب بأنه يركز على النظر إلى كيفية حله للمشكلة المقدمة إليه دون النظر إلى صحة وعدم صحة استجابته.

وفي بعض الأوقات فقد يكون من المفيد إعادة الأسئلة للطالب في حالة رفضه التعاون أو إعطاء تعليقات لا معنى لها، وتساعد المهمات القصيرة المتنوعة الطالب في التركيز على المهمة التي يعمل عليها، وقد يساعد أيضاً وجود شخص يوثق به من قبل الطالب كأخصائي المعالجة أو معلم الصف، وذلك من أجل طمأنته مع مراعاة وجوب تنبيه ذلك الشخص بعدم الإيحاء للطالب بالإجابة بشكل لفظي أو غير لفظي.

وبخصوص الطلاب المضطربين انفعالياً بدرجة كبيرة فإنه يمكن ملاحظتهم في غرفة الدراسة بواسطة الفاحص قبل القيام بعملية الاختبار أو التشخيص، والملاحظة الحقيقية أو مراجعة السجل الخاص بسلوك الطالب يوفر للأخصائي معلومات تجعله يفهم طبيعة وكيفية تفاعل الطالب مع الآخرين.

ويستجيب بعض الطلاب عند لمس الأخصائي لهم بحيث يقومون بالاسترخاء ويبدأون في التعاون مع الأخصائي بشكل كبير، ويتجاوب بعضهم أكثر عندما يجلسون بقرب الفاحص، وقد يوفر الفاحص للطالب بعض المعززات وذلك لتعزيز السلوك المرغوب مثل الفشار، المكسرات...

وقد لا يكون بعض الأطفال المضطربين سلوكياً قادرين على إظهار مدى

مهاراتهم التي يمتلكونها، فالمقابلات الشخصية مع المقربين من نفس الطالب تحول دون التشخيص غير المناسب، ويعتبر المعلم، وتقييم العائلة، وتقييم الذات عاملاً مساعداً في جمع المعلومات، ويستخدم أخصائي القياس النفسي والأخصائيون النفسيون الأساليب الإسقاطية لجمع المعلومات من الفرد المضطرب سلوكياً، وتتطلب بعض هذه الأساليب من الطالب أن ينظر إلى صورة ويسرد قصص عنها أو يرسم صوراً أو يكمل بعض الجمل الناقصة، وتعتبر الأساليب الإسقاطية موضع جدل ونقد بسبب ضعف ثباتها وصدقها.

قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية:

تتضمن عملية قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية عدداً من المراحل، منها مرحلة التعرف المبدئي والسريع على الأطفال المضطربين سلوكياً، وغالباً ما تتم هذه المرحلة من قبل الآباء والأمهات والمعلمين، ثم مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين سلوكياً، وغالباً ما تتم هذه المرحلة من قبل الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية، كالأخصائي في التربية الخاصة، أو الأخصائي النفسي، حيث تستخدم في هذه المرحلة المقاييس المقننة في مجال الاضطرابات السلوكية، **وأهم تلك المقاييس:**

- **مقياس بيركس:** لتقدير السلوك والمعروف باسم (Burks behavior rating Scale, 1975, 1980).

يهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات السلوكية للأفراد من سن السادسة وأكثر، وهو مقياس يطبق بشكل فردي، ويستغرق تطبيقه وتصحيحه حوالي نصف ساعة.

ويتألف المقياس من (110) فقرة موزعة على (19 مقياساً) فرعياً، وقد توفرت للمقياس دلالات صدق وثبات عالية في صورته الأصلية، يطبق المقياس

من قبل الفاحص، بحيث يطلب من مصدر المعلومات (الأب، الأم، المعلم) أن يعطي تقديراً لكل فقرة من فقرات المقياس، يتراوح بين الدرجة (1) وتعني أن الفقرة لا تنطبق على المفحوص، والدرجة (5) تعني أن الفقرة تنطبق تماماً على المفحوص، ويتم تفسير الدرجة على كل مقياس فرعي بالرجوع إلى جدول تفسير الدرجات على كل مقياس فرعي على انفراد.

- **مقاييس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمعروف** باسم AAMD, Adaptive behavior scale, 1975, 1981.

أعد هذا المقياس من قبل نهيراد وآخرون (Nahire, etal , 1975) ولامبرت وآخرون (Lambert, ettal, 1975, 1984) والذي يهدف إلى قياس وتشخيص مظاهر السلوك التكيفي (القسم الأول من المقياس)، والسلوك اللاتكيفي (القسم الثاني من المقياس) عند الأطفال المعاقين عقلياً، وذوي الاضطرابات السلوكية.

- المقاييس الإسقاطية مثل مقياس بقع الحبر لروشارخ والمعروف باسم Rorschach Spot of Int Scale.
- مقياس رسم الرجل لجود إنف والمعروف باسم Draw A Man test By Goodenough.
- واختبار تفهم الموضوع للكبار والمعروف باسم: Themative apperception test.
- واختبار تفهم الموضوع للأطفال والمعروف باسم Children apperception Test
- قائمة السلوك الفصامي والمعروف باسم: Autism Behavior Checkilst By Krug and Almond, 1978.

- مقياس الشخصية لايزنك والمعروف باسم Eysenk Personality Inventory, 1966.

خطوات التعرف على الطالب المضطرب سلوكياً:

يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بما يلي:

1- إجراء تقييم تربوي شامل.

2- تحديد فيما إذا كان التقييم الطبي ضرورياً والذي يتضمن تقييم المهارات البصرية والسمعية والحركية، وكذلك الفحوصات العصبية إذا تطلب الأمر ذلك.

3- تطوير محكات من أجل تحديد المستويات العادية للوظائف السلوكية من أجل حساب التباعد فيما بين السلوك العادي والسلوكات التي تعتبر شديدة.

4- إمكانية ضم الأطفال الفصاميين ضمن هذه الفئة من المعوقين.

5- مراجعة التعريفات والقوانين والخطوات التي يتعلق بالتقييم التربوي للمضطربين سلوكياً والتأكد من أن جميع الإجراءات قد تم إتباعها.

6- مراجعة البيانات التي ستستخدم في تقرير فيما إذا كان الطالب معوقاً أم لا.

خامساً: نسبة وجود المضطربين سلوكياً:

في الحقيقة أنه ليست هناك نسبة نهائية أو أرقام محددة لتحديد مدى الاضطرابات الانفعالية، ولا تزال هناك حاجة ماسة لدراسة عميقة على عينات مختلفة من المجتمع وأن الحصول على عينة ممثلة للمجتمع الأصلي قد تكون أمراً

ممكناً باستخدام الأساليب الإحصائية الحديثة، ولكن المشكلة ستتمثل في التعريف الذي ستأخذ به عند تحديد العينة.

إذن يصعب وضع تسمية محددة لظاهرة الاضطرابات الانفعالية، وقد يكون السبب في ذلك وضع تعريف محدد للاضطرابات الانفعالية من جهة، وبسبب اختلاف معايير السلوك السوي، والسلوك المضطرب انفعالياً من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى آخرى من جهة أخرى.

ويشير تقرير أوردته "هيئة الصحة النفسية للأطفال" وبالولايات المتحدة الأميركية في مؤتمرها عام (1970) إلى أن شكلاً من أشكال الرعاية النفسية مطلوب لنسبة تصل بين (10-12٪) من أي مجتمع طفولة أو شباب، ومنهم نسبة (2٪) على الأقل متحاجون لرعاية متخصصة من أخصائيين ومعالجين نفسيين، بينما باقي (8 إلى 10٪) يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي أو المدرسة أو بمعرفة معلم متخصص للمعوقين.

أما مكتب التربية في الولايات المتحدة الأميركية (1975) يقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي (2٪)، أما بوار (1969) فيقدر نسبة الأطفال المضطربين انفعالياً بحوالي (10٪) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية.

نسبة الانتشار:

إن هذا الاضطراب يختلف تحديده من مجتمع لآخر، بسبب اختلاف معايير السلوك وذلك باختلاف الثقافات بين المجتمعات، فمثلاً اختلف الباحثون في الولايات المتحدة الأميركية من تحديد نسبة هذه الفئة من الأفراد حيث تراوّح المدى ما بين (0.5٪- 30٪) في دراسات وبحوث مختلفة للمجتمع الأمريكي.

ولعقود طويلة كانت الإحصاءات الحكومية تقدر أن حوالي (2٪) من الأطفال بعمر المدرسة يعانون من اضطراب سلوكي تقدر بين (15.5٪) من أي مجتمع، وتتفاوت النسبة بين الذكور والإناث، حيث تنتشر هذه الاضطرابات بنسبة (6-16٪) بين الأولاد وبنسبة (2-9٪) بين الإناث تحت سن (18) سنة، وتزيد نسبة حدوث هذه الاضطرابات لدى الأطفال الذين يولدون لآباء يعانون من اضطرابات شخصية، وتزيد النسبة أكثر في المجتمعات المزدحمة والفقيرة، أما في الأردن أشارت الدراسات إلى أن نسبة هؤلاء المعاقين انفعالياً (2.4٪)، وهذه النسبة تختلف باختلاف المحافظات.

أما ارتباط اضطرابات السلوك مع العمر فتشير الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الأولى وتزداد في الصفوف المتوسطة، وتميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا.

أسباب الاضطرابات السلوكية:

تتعدد الأسباب التي تؤدي إلى أي عرض من أعراض الاضطراب السلوكي، إلا أن هناك جوانب ثلاثة يؤكد عليها علماء النفس والتربية وهي عدم إشباع الحاجة إلى الأمن وعدم التقبل والكراهية أو الرفض، فعندما تتوافر يصبح الاحتمال كبيراً في أن يعاني الطفل من القلق والتوتر النفسي اللذين يعدان عنصرين هامين في نشوء الاضطراب السلوكي، ومثل هذا الطفل لا يستطيع أن ينتمي إلى غيره أو أن يقيم علامات اجتماعية راسخة معهم لأن ذلك مرهون بإشباع الطفل حاجته إلى الأمن والتقبل والحب وبذلك يصبح معوقاً اجتماعياً.

وهناك بعض الأعراض تنطوي على وجود استعدادات أولية عند الطفل تتصل بنمط الشخصية، فالدلائل تشير إلى أن الطفل ذا النمط الانطوائي

العصابي من الشخصية غالباً ما يعبر عن مشكلاته باضطراباته بمظاهر من الاكتئاب والعزلة وشرود الانتباه ويكون بذلك من الصنف الثاني المذكور، بينما الطفل ذو النمط الانبساطي العصابي، فغالباً ما يعبر عن مشكلاته واضطراباته بمظاهر من العنف والعدوانية والسرقة وإهمال الواجبات.

وعلى الرغم من أن بعض الاضطرابات السلوكية تعود إلى عوامل بيولوجية وراثية مثل حالة فصام الطفولة أو حالات القلق العصابي إلا أن معظم الاضطرابات تعود بشكل أساسي إلى العلاقات الأسرية الخاطئة والعلاقة بين الأسرة والطفل القائمة على الرفض أو الحماية الزائدة من تدليل وتسلط والخلافات بين الوالدين والغيرة من الأخوة والمغالاة في المستويات الخلقية المطلوبة.

ويشير هالاهان وكوفمان (1991) إلى عدد من العوامل الأسرية التي تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة مثل:

1- العلاقة بين الطفل ووالديه.

2- أسلوب التربية الأسرية المتبع مع الطفل (صرامة، تشدد، عطف، تسيب، تدليل، حماية زائدة....).

3- الاحباطات التي يواجهها الطفل داخل الأسرة.

كما يضاف إلى هذه العوامل الأسريه العوامل المدرسية بما توفره من خبرات غير مناسبة (أشكال العقاب الأسرية، طرائق التدريس المستخدمة، خبرات الامتحانات غير السارة)، هذه العوامل بالإضافة إلى العوامل الأسريه قد تشكل أساساً قوياً لاضطرابات السلوك عند الأطفال والمراهقين.

الوحدة الثانية

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

الوحدة الثانية

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي

التصنيف الطبي

التصنيف حسب شدة الاضطرابات

التصنيف النفس- تربوي

الوحدة الثانية

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

تصنيف الاضطرابات السلوكية:

إن الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادهم يؤدي على إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطرابات في السلوك.

لقد مرت عملية تصنيف السلوك إلى فئات بمراحل متعددة عبر التاريخ تظهر بشكل منتظم إلا في هذا القرن تركزت الجهود حول هذا الموضوع. ولقد كان للأطباء النفسيين السبق في عملية التصنيف فقد وضعوا الكثير من التصنيف وطورها، كما شارك التربويون أيضاً بجهود كبيرة في هذا الموضوع وذلك استجابة للحاجة الملحة لتفسير وتصنيف السلوك في المدرسة، **ومن أهم التصنيفات التي انتشرت في مجال الاضطرابات السلوكية ما يلي:**

أولاً: تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي (1968-1980):

ظهر تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لأول مرة في عام (1952) ثم أجريت عليه عملية تعديل وتنقيح في عام (1968)، ثم أجريت عليه عملية تعديل أخرى في عام (1980)، لقد ركز التصنيف المعدل لعام (1968) على الاضطرابات السلوكية التي تحدث في مرحلة الشباب ولم يركز على مرحلة الطفولة لذا فلم يحظ هذا التصنيف برضى العاملين في مجال الصحة النفسية

للأطفال، ثم جاء التصنيف الجديد (1980)، ليؤكد على الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة، والمراهقة، ومن الجدير بالذكر أن كلا التصنيفين قد وضعا فئة التخلف العقلي ضمن الاضطرابات السلوكية على اعتبار أن المتخلفين عقلياً يعانون من اضطرابات سلوكية قد تكون شبيهة في بعض جوانبها بالاضطرابات السلوكي التي يعاني منها غير المتخلفين والأطفال والمراهقين والشباب.

وفيما يلي عرض لكل من التصنيفين:

أ- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (1968) للاضطرابات السلوكية كما أورده ريتش (1982) ويشتمل على عشر فئات من الاضطرابات السلوكية هي:

1- التخلف العقلي:

يرجع التخلف العقلي إلى انخفاض في الأداء العقلي العام عن المتوسط ويصاحبه قصور إما في التكيف الاجتماعي والتعلمي، أو في النضج، أو في كليهما معاً، هذا وقد تم تقسيم التخلف العقلي إلى فئات بناء على درجة الإعاقة (بسيط، متوسط، شديد، حاد)، أو بناء على المسببات (مسببات قبل ولادته، أثناء الولادة- بعد الولادة).

2- الأعراض العضوية في المخ:

اضطرابات ناتجة عن قصور في أداء نسيج خلايا المخ يترتب عليها بعض الاضطرابات في السلوك مثل قصور في التوجه، وفي الذاكرة وفي الأداء العقلي، وفي إصدار الأحكام أو اتخاذ القرارات.

3- الذهان:

الذهان شكل من أشكال المرض العقلي يؤثر على قدرة الفرد في تحقيق أو القيام بمتطلبات الحياة العادية، كما يصاحب الذهان عادة تشويه للواقع، وتقلب في المزاج، وعجز في الإدراك وقصور في اللغة، والذاكرة، وسيطرة الأوهام والهلوسة، وفصام الطفولة، والانسحاب، والاجترارية، واللاسوية، والفشل في الاستقلال عن الأم، وعدم النضج في نمو الحركات الكبيرة بشكل كاف.

4- العصاب:

أصحاب هذه الفئة من الاضطرابات يتصفون بالقلق الزائد الناتج عن توقع الأخطار، هذا ويضم العصاب الفئات الآتية: الهستيريا، المخاوف المرضية، والكآبة.

5- اضطرابات في الشخصية:

وتضم هذه الفئة الأفراد الذين يتصفون بسلوك غير متوافق أو غير متكيف ويقاومون التغير بصفة مستمرة، ويصاحب هذه السلوكيات في العادة عدم الشعور بالذنب أو الندم، كما تضم أيضاً الاضطرابات في الشخصية والتي تشتمل على كل من جنون العظمة والشخصية الهستيرية أو الشخصية العدوانية والسلبية، والانحرافات الجنسية المختلفة.

6- الاضطرابات النفس جسمية:

تتصف هذه المجموعة من الاضطرابات بالأعراض الجسمية الناتجة عن أسباب أو عوامل انفعالية تظهر هذه الأعراض على الجلد، والجهاز التنفسي، أو الجهاز الهضمي، والجهاز العضلي.

7- الأعراض الخاصة:

يضم هذا التصنيف الأفراد الذين يعانون من اضطراب واحد محدد مثل اضطراب في الكلام، أو تقلص الحركات أو اضطراب في تناول الطعام أو سلس البول وتدفقه لا إرادياً.

8- اضطرابات ناتجة عن بعض المواقف المؤقتة:

تضم هذه الفئة الأفراد الذين تعرضوا لمشاكل مؤقتة ناتجة عن ردود فعل للضغوط البيئية الشديدة خلال الطفولة المبكرة أو الطفولة المتأخرة، أو المراهقة أو مرحلة الشباب، أو حتى في مرحلة الشيخوخة.

9- الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة والمراهقة:

وتشتمل هذه الفئة على ستة أنواع محددة من الاضطرابات هي:

أ- **الحركات الزائدة**: نشاط زائد، وعدم الراحة، قصر مدة الانتباه، القابلية لشرود الذهن.

ب- **الانسحاب**: العزلة، الانفصال، الحساسية، الخجل، الجبن.

ج- **القلق الزائد**: قلق، خوف، الاستجابة الحركية المبالغ فيها.

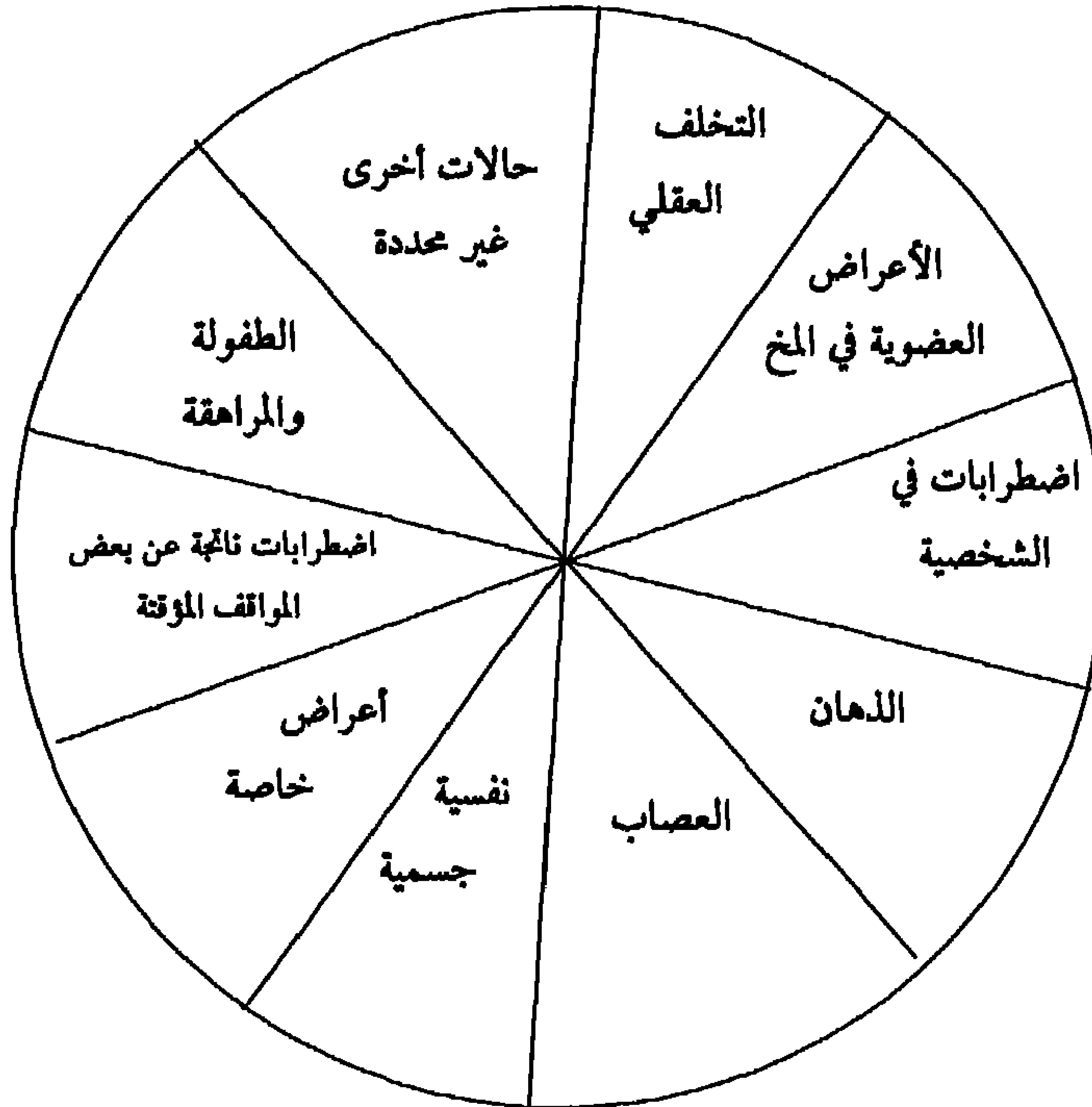
د- **الهروب**: ميل للهروب من المواقف الصعبة يصاحبه جبن، عدم النضج، الرفض.

هـ- **العدوان غير الاجتماعي**: عدم الطاعة، المشاجرة، العدوان الجسمي أو اللفظي، التخريب.

و- **جنوح الجماعة**: اكتساب قيم وسلوكات مجموعة الأقران الجانحين والتي تشتمل على السرقة، والهروب من لمدرسة والبقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل.

10- حالات أخرى غير محددة:

وتتمثل هذه الفئة في الأفراد الذين يعتبرون من الناحية النفسية عاديين والذين لم يعانوا من مشاكل حادة تطلب إجراء فحوصات نفسية عليهم.



تصنيف الجمعية الأمريكية للطب 1968

ب- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للعام 1980 كما أورده ابتر وكونولي (1984)

ويشتمل على خمس فئات من الاضطرابات هي:

1- **الفئة العقلية:** ويشتمل على التخلف العقلي بدرجاته المختلفة (البسيط، المتوسط، الشديد).

2- الفئة السلوكية: وتضم الفئة السلوكية تصنيفين أساسيين هما:

- قصور الانتباه الذي يصاحبه نشاط حركي زائد، أو قصور الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي زائد.
- اضطرابات في التصرف، وتشتمل على الأنواع التالية:

أ- سوء تصرف غير اجتماعي عدواني.

ب- سوء تصرف غير اجتماعي وغير عدواني.

ج- سوء تصرف اجتماعي عدواني.

د- سوء تصرف اجتماعي غير عدواني.

هـ- الشذوذ.

3- الفئة الانفعالية: وتشتمل على ثلاث تصنيفات رئيسية هي:

أولاً: اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ومن أنواعها:

أ- قلق الانفصال.

ب- التجنب أو الإحجام (الصراع بين واقعين كلاهما غير مرغوب فيه، كما يتمثل بالحاجة إلى السلوك غير المقبول).

ج- القلق الزائد.

ثانياً: بعض الاضطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة، والمراهقة التي منها ما يأتي:

أ- التعلق التفاعلي بمرحلة الطفولة.

ب- اضطراب هستيري في الطفولة والمراهقة.

ج- البكم الاختياري أو رفض الكلام.

د- اضطراب الهوية (انعدام الشخصية الذي يظهر من خلال الارتباط بالآخرين).

4- **الفئة الجسمية**: تضم هذه الفئة ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي: اضطراب الأكل، اضطراب الحركة، بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية.

أولاً: اضطرابات الأكل، وتشتمل على:

أ- فقدان الشهية العصبي (الانصراف المرضي عن الطعام نتيجة لاضطراب انفعالي).

ب- (الجوع المتواصل).

ج- الرغبة العارمة في تناول أطعمة غير مغذية.

د- اضطراب في اجترار الطعام.

ثانياً: اضطراب الحركة، وتشتمل على:

أ- الحركات الشاذة أو غير السوية.

ب- التشنجات أو اللزمات المؤقتة.

ج- الحركات التشنجية المزمنة.

ثالثا: بعض الاضطرابات التي يصاحبها مظاهر جسمية، وتشتمل على:

أ- التأتأه.

ب- سلس البول الوظيفي.

ج- عدم التحكم الوظيفي في التبرز.

د- المشي أثناء النوم.

هـ- الرعب أثناء النوم.

5- الفئة النمائية: تتقسم هذه الفئة على قسـمين أساسـيين مـن الاضـطرابات هما:

أولاً: اضطرابات نمائية منتشرة، وتشتمل على:

أ- الانشغال الطفولي بالذات.

ب- الشذوذ النمائي المنتشر (العام).

ج- اضطرابات الطفولة النمائية.

ثانياً: اضطرابات نمائية محددة، وتشتمل على:

أ- اضطرابات القراءة النمائية.

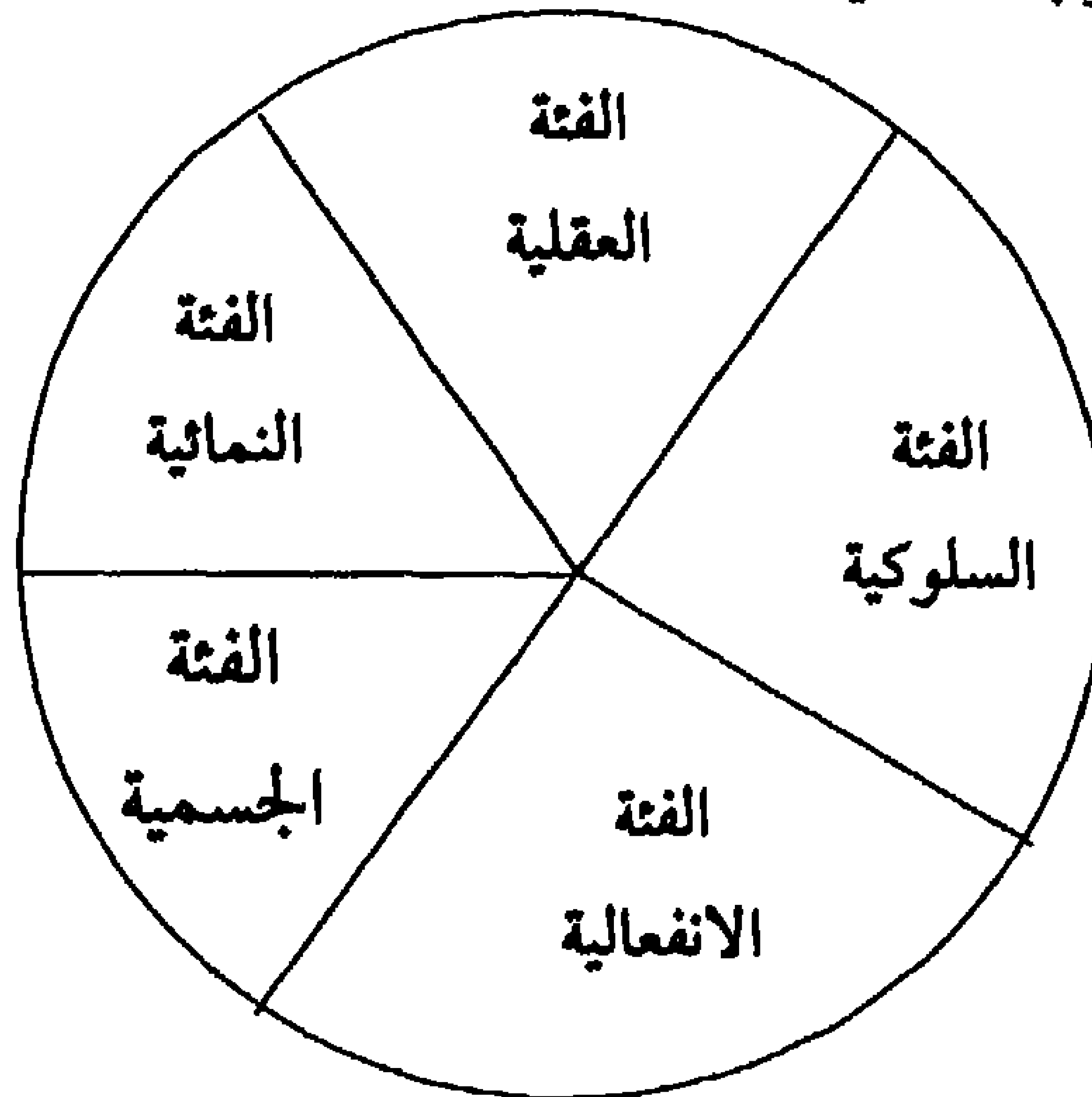
ب- اضطرابات الحساب النمائية.

ج- اضطرابات اللغة النمائية.

د- اضطرابات التعبير النمائية.

هـ- اضطرابات نمائية مختلفة محددة.

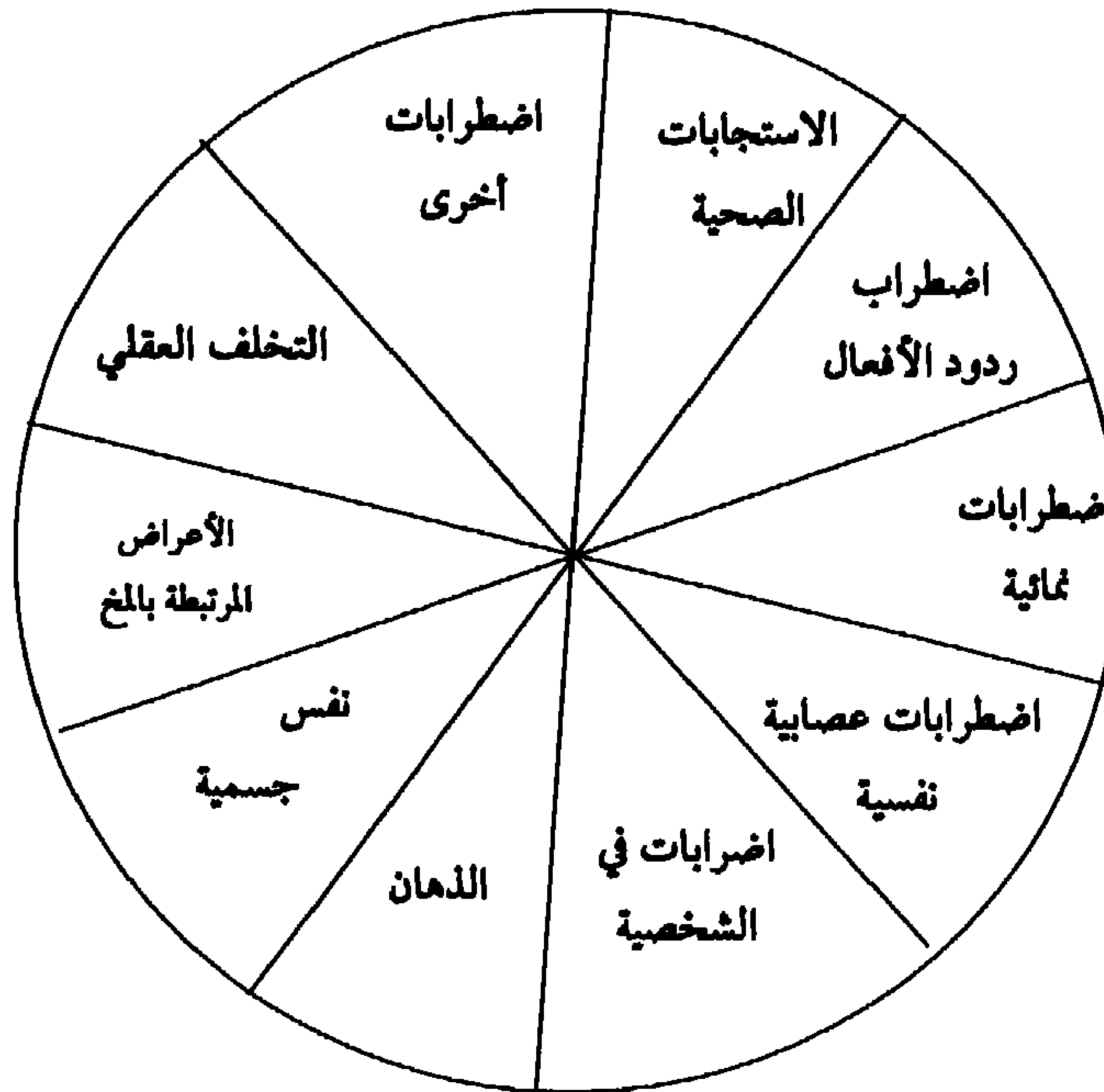
و- اضطرابات نمائية شاذة محددة.



تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي لعام 1980

ثانياً: تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي:

يتشابه تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي على حد كبير مع تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي من حيث الاشتراك في المحك النفسي لتصنيف الاضطرابات السلوكية، وكذلك من حيث أنواع الاضطرابات، ويتألف نظام تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي من عشرة تصنيفات للاضطرابات السلوكية تم ترتيبها بحيث تبدأ من الحالات البسيطة وتنتهي بالحالات البسيطة وتنتهي بالحالات الشديدة، ونذكرها كما أوردها نوف (Knopf, 1979):



تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي

1- الاستجابة الصحية:

يتضمن هذا التصنيف تقييم الجوانب الإيجابية القوية لدى الطفل، مع محاولة تجنب تشخيص الحالات باستبعاد أسباب المرض، إن المحك أو المعيار

للتقييم هـو الـذكاء والأداء الاجتمـاعي أو الانفعـالي، والشخصـي والتكيفـي، وكذلك الأداء النفسي والاجتماعي للطفل بالمواقف النمائية الحرجة.

2- اضطراب ردود الأفعال:

يعتمد هـذا التصـنيف علـى الاضـطرابات الـتي يكـون فيهـا السـلوك أو الأعراض ناتجة عن عوامل موقفية، هذه الاضطرابات يجب أن تكون ناتجة عـن أسباب مرضية إلى درجة ما وذلك لتمييزها عن الاستجابات الصـحية للأزمـات الموقفية.

3- الاضطرابات النمائية:

الاضطرابات النمائية هي اضطرابات في نمو الشخصية قد تقع دون المعدل الطبيعي وتظهر في وقت متأخر، وبتتابع وبدرجة أقل من المتوقع لمستوى عمـري معين أو لمرحلة نمائية معينة.

4- الاضطرابات العصابية النفسية:

هذه الفئة من الاضطرابات ناتجة عن صراعات داخلية لا شعورية، مرتبطة بالدوافع الجنسية، والعدوانية التي لا زالت نشطة ولم تشبع.

5- اضطرابات الشخصية:

تتصف اضطرابات الشخصية بأنها مزمنة ومرتبطـة بـأمراض ثابتـة بحيـث تمثل سمات متأصلة في شخصية الفرد، وفي معظم حالات اضطرابات الشخصية وليس في جميعها فإن مثل هذه السمات لا يعتبرها الفرد مصدراً للقلـق والحـزن، وإذا أردنا أن نأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار فإنه من الضروري عمـل صـورة كاملة لجميع جوانب الشخصية، ولا يجب أن نكتفي فقط بتوافر سلوك أو عرض واحد.

6- الاضطرابات الذهانية:

تتصف هذه الاضطرابات بالانحراف الواضح عن السلوك المتوقع من عمر الطفل فهي تظهر على شكل إعاقة شديدة ومستمرة نتيجة للعلاقات الانفعالية مع الآخرين و وتتمثل في نقص القدرة على الكلام، أو الفشل في تطوير الكلام ونموه وفي اضطرابات الإدراك الحسي، وفي السلوك النمطي المتمثل في مقاومة التغيرات البيئية، وغياب الإحساس بالهوية الشخصية، والتبلد وعدم التأثر بالمثيرات الخارجية.

7- الاضطرابات النفس جسمية:

تتمثل هذه الاضطرابات بالتفاعل الظاهر بين المكونات النفسية والمكونات الجسمية، وتشتمل هذه الاضطرابات على تلك النظم العضوية التي تنبه عن طريق النظام العصبي اللاإرادي.

8- الأعراض المتصلة بالمخ:

هذه المجموعة من الأعراض تتميز باضطراب في التوجه والحكم والتمييز والتعلم والذاكرة ووظائف معرفية أخرى، كذلك تتميز هذه المجموعة من الأعراض بعدم الثبات الانفعالي، وتنتج هذه الأعراض أساساً عن اختلال غير محدد المصدر في وظيفة أنسجة المخ.

9- التخلف العقلي.

10- اضطرابات أخرى:

يشتمل هذا التصنيف على الاضطرابات التي لا يمكن وضعها ضمن

التصنيفات السابقة أو الاضطرابات التي سوف يتم وضعها أو التعرف عليها في المستقبل.

ثالثاً: التصنيف الطبي.

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي، ومن أبرز هذه التصنيفات تصنيف كانفر وساسلو ,Knafer and saslow) (1967، حيث صنفا الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات هي:

1- التصنيف على أساس الأمراض، ويتضم هذا التصنيف تجميع الاضطرابات السلوكية طبقاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.

2- التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج، وفق هذا التصنيف فإنه يتم تجميع الاضطرابات السلوكية حسب درجة استجابتها للعلاج.

3- التصنيف على أساس الأعراض، يعتمد هذا التصنيف على ما تشتمل عليه الاضطرابات السلوكية من أعراض أو مظاهر جسمية ملازمة لهذه الاضطرابات.

رابعاً: التصنيف حسب شدة الاضطراب.

قام كل من هلهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) بتقسيم الاضطرابات السلوكية إلى فئتين رئيسيتين وذلك حسب شدة الاضطراب، وهما:

1- فئة الاضطرابات البسيطة والمتوسطة:

تمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات السلوكية البسيطة التي يعاني منها الأطفال في البيت أو المدرسة، والي يمكن معالجتها بفاعلية في الفصل العادي أو

المدرسة أو البيت عن طريق أولياء الأمور والمدرسين مع الاستعانة باستشارة بعض الأخصائيين في بعض الحالات.

2- فئة الاضطرابات الشديدة والحادة.

وتمثل هذه الفئة مجموعة الاضطرابات الشديدة أو الحادة التي يعاني منها بعض الأطفال والتي تتطلب علاجاً شاملاً وطويل المدى، وتشمل هذه الفئة حالات الاجترارية والانفصام والذهان، كما يتم علاج هذه الفئة وفق برامج خاصة في الفصول الخاصة، أو المراكز العلاجية.

يسمح التصنيف القائم على شدة الاضطرابات بتقديم الخدمات التربوية الفعالة والمناسبة للأطفال المضطربين سلوكياً، ولكن يجب أن يسبق ذلك وضع المعايير والضوابط الموضوعية التي تفرق وتميز بين الأطفال الذين يحتاجون لعلاج شامل وطويل المدى، وبين أولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة لفترة زمنية محددة من قبل المدرسين أو أولياء الأمور أو الأخصائيين.

خامساً : التصنيف النفس- تربوي.

قام موريس وآخرون (Mores and al, 1964) بتصنيف الطلاب المضطربين سلوكياً تصنيفاً نفسياً تربوياً إلى خمس فئات رئيسية هي:

1- **العصاب:** يوجد نوعان من العصاب، الأول له مظاهر داخلية ذاتية، والثاني له مظاهر خارجية.

- تشتمل المظاهر الداخلية على الاكتئاب، والانسحاب، والاستحواذ، والهواجس، الخوف المرضي، وردود الفعل النفس جسمية.
- تشتمل المظاهر الخارجية على ردود فعل خارجية، مقاومة العدوان، واتجاهات معارضة سلبية.

2- **أمراض الدماغ**: وينتج عن أمراض الدماغ ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية، الأول اضطراب الحركة، والثاني اضطراب في اللغة، والثالث التشنجات.

- تتمثل اضطرابات الحركة في الانسياق وعدم الاستقرار الانفعالي، والمبالغة في الاستجابة للمثيرات، والاستمرارية وغيرها.
- تتمثل اضطرابات اللغة في عُسر القراءة ومشاكل متعلقة بالتعلم، وقصور في التوجه وصعوبات في استخدام رموز اللغة وغيرها.
- الاضطرابات المصحوبة بتشنجات.

3- **الفصام**: وهو نوعين الأول غير متصل بالوظيفة العقلية، والثاني متصل بالإعاقة العقلية.

- يتمثل النوع الأول من الفصام غير المتصل بالوظيفة العقلية في اضطرابات التواصل اللفظي، واضطرابات في تكوين علاقات مع الآخرين.
- النوع الثاني المتصل بالإعاقة العقلية فيتمثل بالبكم الإداري، والانسحاب، والاجترارية، وعدم التأثر.

4- **السذاجة - الإهمال**: غالباً ما يصاحب السذاجة والإهمال العديد من المشاكل السلوكية التي قد ينتج عنها قصور في المهارات والقيم لاجتماعية.

5- **الشخصية غير المؤثرة**: قصور شديدة في القدرة على إقامة علاقات قوية.

سادساً: التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلة في المدرسة:

لقد ركزت معظم التصنيفات التي تم ذكرها حتى الآن على الجانب النفسي والإكلينيكي للاضطرابات السلوكية ولم تول الجانب التربوي أية أهمية، وهذا

ناتج عن أن من قاموا بوضع تلك التصنيفات هم من العاملين في مجال الطب النفسي، ونتيجة لانتشار المشاكل السلوكية بين طلاب المدارس وتأثير هذه المشاكل السلوكية تصنيفاً تربوياً تمهيداً للتعامل معها ووضع العلاج المناسب لها، واستجابة لهذه الحاجة التربوية قام جروبر وآخرون (1968) بتطوير أسلوب لتصنيف السلوك الذي يسبب مشكلة في المدرسة وذلك كي يتمكن المعلمون من التعامل بفاعلية مع الأطفال المضطربين سلوكياً في المدرسة. **ولقد قام جروبر وزملاؤه بتصنيف السلوك إلى ثلاث مستويات هي:**

1- **المستوى العادي:** يتوافق المستوى العادي مع المعيار للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية، فقد تظهر المشكلة السلوكية في المستوى العادي نتيجة لواجبات تعلّمية جديدة، أو مواقف جديدة يتعرض لها الطفل، ولكن سرعان ما تنتهي وتزول بعد فترة قصيرة، وعادة لا تكون لهذه المشكلة آثار تدميرية أو تخريبية.

2- **مستوى المشكلة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية منحرفة عن المعيار العادي للسلوك من حيث الشدة والتكرار والاستمرارية حيث تؤدي إلى اضطراب الطفل بشكل ملحوظ ويستمر لفترة طويلة ولها آثار تدميرية أو تخريبية على الآخرين ولكنها ليست من التعقيد أو الشدة بحيث يستلزم الأمر تحويل الطفل إلى أخصائي بكل يكتفي بأن يقوم المعلم بالتعامل مع هذه الحالات ومعالجتها.

3- **مستوى الإحالة:** في هذا المستوى تكون المشكلة السلوكية من الشدة والتعقيد بحيث لا يمكن للمعلم أن يتعامل معها مما يتطلب تحويل الطفل إلى أخصائي العلاج السلوكي والاضطرابات السلوكية للتعامل مع هذه المشكلة.

سابعاً: تصنيف كودي (1972):

ظهرت خلال السبعينات من هذا القرن نظماً تصنيفية تربوية أخرى للاضطرابات السلوكية، وإن أكثر هذه التصنيفات الجديدة انتشاراً وقبولاً على المستوى التربوي هو تصنيف كوي، فقد قام بتجميع مجموعة واسعة من المعلومات عن فئات الأطفال المضطربين سلوكياً وذلك عن طريق المعلمين وأولياء الأمور والسجلات التي تحتوي على تواريخ حياة هؤلاء الأطفال، ومن استجابات الأطفال أنفسهم على استبيانات أعدت خصيصاً لهذا الغرض، وبالتحليل الإحصائي لهذه المعلومات وجد أن الاضطرابات السلوكية للأطفال تظهر على شكل مجموعات، فالأطفال الذين يظهرون بعض السلوكات في إحدى المجموعات من المرجح وبشكل كبير أن يظهروا أيضاً السمات والسلوكات الأخرى التي تظهر في تلك المجموعة.

وبالرغم من أن نظام كوي يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا انه يعاب عليه إنه لا يقدم معلومات علاجية ما يحد من فائدته، هذا وقد وجد كوي أربعة فئات أساسية للاضطرابات السلوكية وهي:

1- اضطرابات التصرف:

وتشتمل هذه الفئة من الاضطرابات على أنماط من السلوك العدواني الجسمي واللفظي يصاحبه قصور في العلاقات الشخصية مع الأقران، والكبار في المجتمع ولهذا فإن الطفل الذي يدخل ضمن نطاق هذه المجموعة من الاضطرابات هو الطفل الذي يتحدى السلطة (أولياء الأمور، المعلمين، البوليس، وغيرهم)، وهو عدواني، حاقد، فظ، هجومي، مؤذ، وإحساسه بالذنب محدود، كما يميل الطفل الذي يعاني من اضطرابات في التصرف أيضاً إلى الفوضى والاقتتال مع

الآخرين، وحب السيطرة، ويضيف كيرك بأنه يندرج تحت هذا النوع من السلوك إيصال الطفل مفرط الحركة، وكثير الضجر والملل.

2- اضطرابات الشخصية:

تشتمل هذه الفئة على الانسحاب الاجتماعين والقلق، والاكتئاب، والشعور بالدونية، والخجل، والجبن، والانعزال، والإذاعان، كما تشتمل على مشاعر الألم والحزن، والشكاوي الجسمية، وعدم السعادة، ويعتمد الطفل الذي يعاني من اضطرابات في الشخصية اعتماداً كبيراً على الغير، ولقد أشار كوي إلى أن معظم أطفال هذه الفئة ينتمون إلى اسر تقدم لهم الحماية أو الرعاية الزائدة، وذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع.

3- عدم النضج:

يمثل هذا النوع من الاضطرابات السلوكيات التي لا تتلائم مع العمر الزمني للطفل والتي تتمثل بالإهمال، والبلادة، وضعف الاهتمام بالمدرسة، والكسل، وانشغال البال، وأحلام اليقظة، وكثرة النعاس، والصمت، أو قلة الكلام، وقصر مدة الانتباه، والسلبية، ويشير كيرك وجوجلر (1983)، إلى أن الطفل الذي يعاني من عدم النضج يكون أداؤه في الصف أقل من أداء الأطفال العصابيين، أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التصرف، كما يضيف كوي (1972)، وبلاك هارست وبيردين (1981)، أن هؤلاء الأطفال يفضلون اللعب مع من هم اصغر سناً، وأن هذه الفئة بوجه عام تعتبر أقل انتشاراً من فئة اضطرابات التصرف، واضطرابات الشخصية.

4- الجنوح الاجتماعي:

تتشابه خصائص الطفل الجانح اجتماعياً مع خصائص الطفل الذي يعاني

من اضطرابات في التصرف من حيث عدوانية السلوك، إلا أن الطفل الجانح اجتماعياً يقوم بهذا السلوك ضمن مجموعة من الرفاق، أو ضمن عصابة، وتتمثل سلوكات هذه الفئة بالسرقة، والمشاجرة، والهروب من المدرسة، وغيرها من السلوكات التي قد لا تظهر في إطار المدرسة أو المؤسسة ولكنها تظهر في المجتمع وتشكل خطراً كبيراً عليه خاصة في المجتمعات الكبيرة.

لقد قام كل من ابتر وكونولي (1984) بتجميع المظاهر السلوكية التي يشتمل عليها تصنيف كوي في فئاته الأربعة وذلك على النحو التالي:

1- اضطرابات التصرف:

- عدم التعاون/ عدم الارتباط.
- نوبات من المزاج الحاد.
- تخريب الممتلكات.
- السلبية/ الأنانية/ إلقاء اللوم على الآخرين.
- التململ/ شرود الذهن/ عدم الاغتباط.
- عدم الثقة بالنفس/ عدم تحمل المسؤولية.
- استخدام ألفاظ نابية.
- المشاجرة/ الضرب.
- التحدي وعدم الطاعة.
- توعد الضعفاء.
- سهولة الاستثارة.
- المجادلة.

2- اضطرابات الشخصية:

- القلق / الخوف/ التوتر.



- الاكتئاب/ وشدة الحساسية.
- سهولة التهيج.
- الانسحاب/ الانعزال/ الجبن/ الصمت.
- شعور بالدونية وعدم القيمة.
- البكاء باستمرار.

3- عدم النضج:

- قصر مدة الانتباه.
- ضعف التناسق.
- استسلام/ سهولة الانقياد.
- انشغال البال/ التحديق في الفضاء/ أحلام اليقظة.
- الكسل/ النعاس/ عدم الاهتمام.
- الإخفاق في الانتهاء من عمل الأشياء.
- ضعف التركيز.
- الاتساخ/ الفوضى.

4- الجنوح الاجتماعي:

- الولاء لجماعة سيئة.
- العضوية في عصابة.
- الهروب من المدرسة.
- البقاء خارج البيت إلى وقت متأخر من الليل.
- السرقة مع الآخرين.
- التهرب من أداء الواجبات.



ثامناً: تصنيف تلفورد وساوري للاضطرابات السلوكية.

يصنف كل من تلفورد (Telford) وساوري (1967)، الاضطرابات السلوكية على أساس مظاهر القلق والانسحاب والعدوان الذي يتميز بالعنف والانسحاب.

أولاً: القلق:

يعرفه الباحثان على أنه من الخوف في إطار مستقبلي، وقد يكون القلق من أنواع مختلفة:

1- القلق المزمن:

أ- هذا النوع من القلق يبدو أنه لا يرتبط بأي سبب محدد.

ب- يبلغ مستوى القلق في هذه الحالة درجة عالية من الارتفاع إلى الحد الذي يمثل إعاقة خطيرة.

ج- تتباين الأعراض في حالات القلق المزمن وتشمل:

- التهيج وحدة الطباع.
- الخوف.
- البكاء المتكرر.
- مشكلات تتعلق بالنوم والشهية إلى الطعام.
- نقص الطاقة.

2- الرهاب (المخاوف المرضية) (Phobias):

وتعرف بأنها مخاوف محددة وشديدة ليس لها أساس معقول واضح، ومن أمثلتها الخوف المرضي من المدرسة أو من الموت.

3- الوساوس أو السلوك القهري التي تحدث بشك متكرر:

وهي عبارة عن أفعال أو أفكار نمطية ومتسلطة، والسلوك القهري عبارة عن رغبة قوية ومتكررة للسلوك بطريقة معينة، أما الوسواس فهو الانشغال الزائد بنفس الأفكار أو الذكريات وهو:

أ- يبدو أن أشكال السلوك الوسواسي والقهري تخفف من حدة القلق بصورة مؤقتة.

ب- الأمثلة على ذلك تتضمن السلوك القهري المفرط فيما يتعلق بالنظافة.

ثانياً: الانسحاب من الواقع.

1- الفصام:

أ- يعتبر هذا الاضطراب من أكثر الأنواع شيوعاً للذهان الوظيفي.

ب- تميز هذه الحالة بالانفصال الشديد عن الواقع، وعدم التنظيم، ونقص التأثير، والاستجابات الانفعالية المحرفة.

ج- تظهر الهلوسة والأوهام بشكل متكرر.

د- إذا حدثت الإصابة قبل سن البلوغ- وهي حالات نادرة- يطلق عليها فصام الطفولة.

2- التمركز الطفلي حول الذات:

أ- تتميز هذه الحالات بالانفصال الشديد عن الواقع.

ب- القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.

ج- الترديد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون.

د- الجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية.

هـ- الثبوت، ويعني التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.

3- النكوص:

أ- هذا النوع من الاضطرابات يتضمن العودة إلى أشكال من السلوك أقل نضوجاً، أو الاستجابات التي تميز مرحلة مبكرة من مراحل النمو.

ب- تشمل أشكال السلوك من هذا النوع عودة الأطفال إلى مص الأصابع أو التبول الليلي، أو الكلام الطفلي.

ج- تزداد مثل هذه الأشكال من السلوك عادة أثناء التوتر أو التخفيض المفاجئ لأساليب التدعيم.

4- الأوهام وأحلام اليقظة:

أ- تعتبر هذه الأشكال من السلوك نوعاً من الاضطراب إذا كانت تحدث بشكل مفرط وبصورة متكررة.

ب- ينظر إلى هذه الأشكال من السلوك على أنها نوع من الاضطراب إذا ما استخدمت من جانب الفرد كوسائل للهروب أو الانسحاب.

ثالثاً: العدوان العنيف.

أ- يتضمن هذا الاضطراب أشكالاً مختلفة من السلوك الهدام والتخريبي تكون موجهة نحو الأفراد أو الممتلكات.

ب- غالباً ما يكون هذا الاضطراب هو نتيجة لمواقف الإحباط.

الوحدة الثالثة

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية

الوحدة الثالثة

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية

أولاً: الاتجاه السلوكي.

ثانياً: الاتجاه التحليلي.

ثالثاً: الاتجاه الديناميكي (الدينامي)

رابعاً: الاتجاه الفسيولوجي (الوظيفي).

الوحدة الثالثة

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية

إن الناظر في كافة العلوم يجد أنها قد انطلقت من فرضيات والتي كانت بمثابة الأساس النظري لها، ونعني بالنظرية إطار عام يضم مجموعة منظمة متناسقة متكاملة من الحقائق والقوانين التي تعمد إلى تفسير الظواهر، وتتضمن كذلك مجموعة من الفروض الأساسية، والتعريفات الإجرائية أو التجريبية.

ونتوصل إلى النظرية عادة من خلال أساليب البحث العلمي الدقيقة والتي تقود من خلال نتائج التجارب الدقيقة إلى الفرضيات التي تُبنى عليها، وليس معنى هذا أن النظرية هي نهاية المطاف وأن العلم ينتهي بمجرد الوصول إلى النظرية، ولكن حتى وبعد التوصل إلى النظرية تبقى الأبحاث مستمرة للتأكد من فرضياتها.

إن دراستنا للنظريات التي فسرت الاضطرابات السلوكية شيء هام جداً لأنه يساعد في فهم وتفسير وتقييم السلوك كذلك تساعد في التنبؤ بالسلوكات المضطربة المتوقعة الحدوث، عدا أنها في نهاية المطاف تساعد في ضبط السلوك وتعديله وتغييره.

وأخيراً فإن دراستنا للنظريات تعطينا تصوراً شاملاً لأسباب الاضطرابات السلوكية، وطبيعة السلك المضطرب وصفات الأفراد المضطربين، وما هي أنجح الطرق المستخدمة في علاج الأفراد المضطربين سلوكياً.

ونبدأ بتوضيح أوسع النظريات انتشاراً في ميدان الاضطرابات السلوكية وهي:

أولاً: الاتجاه السلوكي:

يذكر اسعد، (1986)، أن بداية دراسة التجريبي كانت على يد بافلوف فيقول: (لقيت، وجهة النظر النفسية دعماً قوياً من دراسة أيفان بافلوف للمنعكس الشرطي وللعصاب التجريبي الذي تولد في إحدى تلك التجارب. علّم بافلوف الكلب التمييز بين دائرة وأهليليج، غيّر الباحث في مرحلة لحقت تعلم الحيوان، شكل الإهليلج تدريجياً ليماثل الدائرة، فعجز الحيوان عن التمييز، لقد تدهور الكلب واضمحل خلال أسابيع ثلاثة من التجربة، وتغير سلوكه بصورة مذهلة فزال هدوءه وأخذ ينبح ويعض الأدوات يحطمها، وكره دخول غرفة التجريب وأصبح عصبياً).

ولقد أجريت تجارب عدة من قبل بافلوف نفسه ومن قبل علماء آخرين على فكرة الإشراط والتعلم الاقتراني بينت جميعها دور التعلم في إحداث ونشوء الاضطرابات السلوكية، فالطفل الذي يتم تعليمه من خلال التعلم الاقتراني الخوف من الفأر يصبح يخاف من الفأر ومن كل شيء يشابه الفأر سواء في شكله أو ملمسه أو صوته.

ولقد انتهى هؤلاء العلماء إلى تفسير مفادة أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره وقلقه ومن شدة الدافعية لديه،وبالتالي كوّن ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي.

وبنفس الطريقة فإن المعالج ما عليه إلا أن يطفئ هذا المنعكس الشرطي- المرضي- وأن يقوم بتعليم الفرد منعكسات وارتباطات شرطية جديدة وسوية مكان تلك الارتباطات المرضية.

وبناء على ما سبق يتبين لنا أن الاهتمام الرئيسي للاتجاه السلوكي هو

السلوك: كيف يتم تعلمه وكيف يتم تغييره وتعديله. وهذا الأمر هو بحد ذاته محور اهتمام المعالجين للاضطرابات السلوكية بمعنى أن هناك ارتباط وثيق بين النظرية السلوكية وبين فهم الاضطرابات السلوكية وعلاجها. وقد جاء في قاموس التحليل النفسي النقدي تعريفاً للعلاج السلوكي، يؤكد على ما ذكرناه سابقاً وهذا التعريف ينص على العلاج السلوكي "شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على نظرية التعلم، ويفترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ تم عن طريق الاشراط (Conditioning) وهذا النوع من العلاج يهدف إلى إزالة الأعراض العصابية عن طريق عملية فك الأشراط ثم إعادة الاشراط بشكله الصحيح".

ويعتبر العلاج السلوكي اتجاهاً حديثاً في العلاج النفسي، وفي نفس الوقت يمكن القول بأن العلاج السلوكي قديم قدم محاولات الإنسان تعديل وتغيير السلوك، فلقد اكتشف الإنسان منذ فجر التاريخ أن هناك العديد من الطرق التي يمكنها تعديل وضبط السلوك أو تغييره بشكل جذري مثل تغيير بيئة الفرد والنضج والإقناع وتحقيق الثواب والعقاب إلى آخره.

ولقد كان (مسمر Mesmer) أول من استخدم المبادئ الأساسية للسلوك في العلاج أو تعديل السلوك، وبالرغم من أن مبادئ (مسمر) لم تصمد أمام القياس العلمي إلا أنه قادت إلى إجراءات ناجحة في العلاج.

وتتضمن النظرية السلوكية عدة مفاهيم أهمها:

1- **السلوك متعلم:** بمعنى أن كل السلوكات التي تسلكها العضوية بغض النظر عن سوائها أو شذوذها فهي متعلمة بالتفاعل مع البيئة.

2- **المثير والاستجابة:** وتقول النظرية بأنه لا بد لكل من مثير استجابة مناسبة

له، فإذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سليماً، وإذا كانت العلاقة بينهما غير سوية كان السلوك غير سوي.

3- **الشخصية**: هي التنظيمات أو الأساليب المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الأفراد.

4- **الدافع**: طاقة قوية بدرجة كافية تدفع الفرد أو تحركه إلى السلوك، وقد يكون الدافع أولي (الجوع) أو ثانوي متعلم (الخوف).

5- **التعزيز**: وهو التقوية والتدعيم والإثابة والتثبت وقد يكون التعزيز إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي، أو قد يكون تعزيزاً ثانوياً مثل زوال الخوف، ويؤدي التعزيز إلى تدعيم السلوك ويدفع العضوية لتكرار ذلك السلوك.

6- **الانطفاء**: وهو إيقاف التعزيز عن سلوك ما، مما يؤدي مع مرور الزمن وعدم التعزيز إلى تلاشي واختفاء ذلك السلوك وهو أيضاً ضعف وخمود السلوك المتعلم إذا لم يتم تعزيزه، أو إذا ارتبط شرطياً بالعقاب بدل الثواب.

7- **العادة**: وهي رابطة وثيقة تتكون بين مثير معين واستجابة معينة نتيجة لتكرار حدوثهما بنفس الشكل ولفترة طويلة.

8- **التعميم**: نزوع الفرد إلى تعميم الاستجابة المتعلمة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة..

وترتكز النظرية السلوكية على مجموعة فرضيات تكوّن الأساس النظري لها، وهذه الفرضيات هي:

1- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، سواء كان السلوك سوياً أو مضطرباً.

2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.

3- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، وحدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.

4- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعاً لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

5- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

6- يوجد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً.

وبعد هذا الاستعراض لأهم المفاهيم والمبادئ لتي يرتكز عليها الاتجاه السلوكي لا بد من توضيح كيف يتشكل السلوك الإشراطي (الكلاسيكي، الإجرائي) وكيف تتكون المخاوف ونبدأ بـ:

تشكل السلوك عند بافلوف:

يتشكل السلوك عند بافلوف من خلال الاقتران بين مثير محايد ومثير طبيعي يستجر استجابة طبيعية وفي نهاية المطاف وبعد تكرار الاقتران يصبح المثير المحايد مثيراً يستجر نفس الاستجابة وذلك على النحو التالي:

1) طعام   يستجر ←   سيلان لعاب

مثير طبيعي   استجابة طبيعية

اقتران ↔   يستجر ←

2) ضوء   طعام   سيلان لعاب

3) تكرار الاقتران لعدة مرات لا تقل عن (10) مرات وبنفس الطريقة.

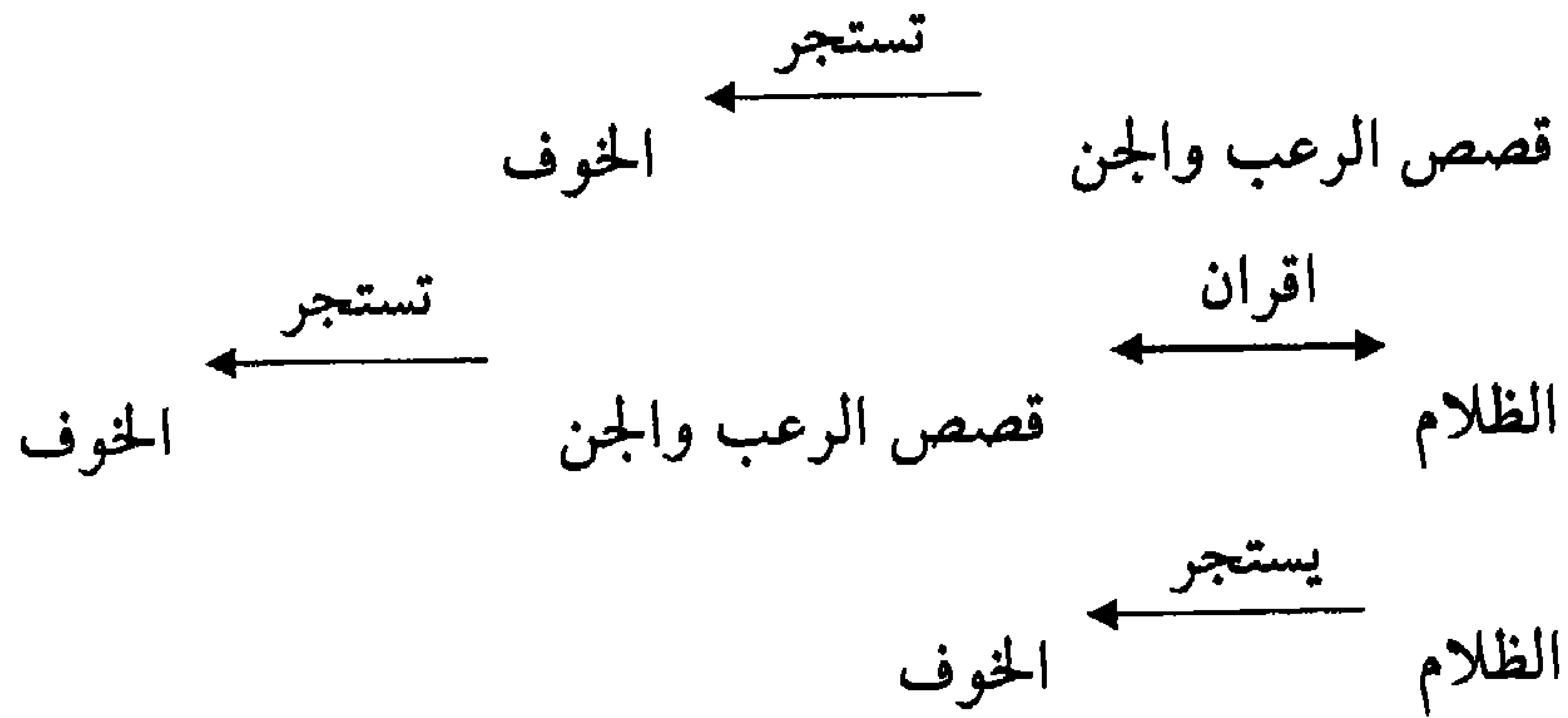
يستجر ←

4) ضوء   سيلان لعاب

مثير شرطي   استجابة شرطية

بعض التطبيقات الحياتية على النظرية:

- الخوف من الظلام: الظلام مثير محايد لا يستجر الخوف بطبعه، ولكن ارتباطه واقترانه بشكل متكرر بقصص الرعب والجن والعفاريت يصبح الظلام يستجر نفس استجابة الخوف.



- الخوف من الأماكن المرتفعة.
- الخوف من رجال الشرطة.
- الخوف من الأماكن الضيقة.

تشكيل السلوك عند واطسن:

لقد أجرى (واطسن) تجربته المشهورة على طفل عندما أراد تشكيل الخوف لديه من الفأر الأبيض، واتبع نفس أسلوب بافلوف، حيث وضع الطفل في غرفة ثم بدأ بإدخال الفأر الأبيض (فأر المختبرات) إلى الغرفة، وعندما يهم الطفل بلمس الفار أصدر الباحث صوتاً عالياً وكرر ذلك في كل مرة، فأصبح الطفل يبدأ بالصراخ والبكاء لمجرد رؤية الفأر وليس لمسه، ولقد تبين أيضاً أن الطفل قد عمم هذه الخبرة التي تعلمها (الاستجابة) على كل ما يشابه الفأر فأصبح يخاف من الأرانب وكل ما له فرو.

إن التجربة السابقة تبين لنا كيف يمكن تشكيل السلوك بغض النظر هل هو سلبي أم إيجابي.

تشكيل السلوك عند سكنر:

يختلف سكنر عن بافلوف بأنه لا يؤمن بفكرة (الاستجرار: إلزامية صدور الاستجابة بعد ظهور المثير) ويؤمن بأن السلوك يمكن تشكيله من خلال ما يتبع ذلك السلوك حيث وضع قاعدة مفادها "السلوك محكوم بنتائجه" وعليه فهو يؤمن بأساليب الثواب والعقاب الذي يتبع السلوك (الاستجابة).

ولقد أكد سكنر على مفهومه ذاك من خلال التجربة التي أجراها على حمامة وضعها في قفص تجريبي معد بشكل خاص (عليه سكنر) بحيث يقدم للحمامة وعاء فيه طعام على فواصل زمنية يبقى مدة خمس ثواني ثم يختفي ولم يحدد سكنر الاستجابة التي ستقوي.

ولقد صادف أن الحمامة كانت تدور في اتجاه معاكس لدوران عقارب الساعة حين ظهور الطعام، وقد كررت هذه الحركة فعززها سكنر، مما أدى إلى ظهور تلك الحركة بكثرة، وكانت الحمامة تتصرف وكأن هناك علاقة سببية بين

سلوكها المحدد (الدوران) وظهور الطعام علماً بأنه لا علاقة بينهما كون الطعام سيظهر تلقائياً حسب الفواصل الزمنية المحددة حسب التجربة.

إن المثير في تجارب سكنر غير واضح (غير محدد سابقاً) ولم تتبع الاستجابة المثير، بل أن الاستجابة كانت عفوية فتعززت حتى أصبحت مقصودة أو متعلمة وسمي السلوك في تجارب سكنر بالسلوك الإجرائي، وأصبحت نظريته تعرف بالإشراط الإجرائي الذي تم تطبيق مبادئه على نطاق واسع لضبط سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في السلوك وخاصة في المواقف التربوية.

ثانياً: الاتجاه التحليلي:

يعتبر (سيجموند فرويد) حسب رأي المؤرخين أنه مؤسس المدرسة التحليلية وواضع مبادئها ولكن يذكر (أسعد 1986) نقلاً عن (براون 1921) قوله لقد سبق أبن سينا فرويد في استخدام طريقة الإيحاء في العلاج ويروي أنه أصيب أحد الأمراء بالكآبة متوهماً أنه بقرة- فكان يخور كالبقرة، ويزعج الناس ويصرخ اقتلوني واعدوا من لحمي طعاماً شهياً وامتنع عن تناول الطعام. طلب إلى ابن سينا معالجة المريض فبعث إليه برسالة يطلب فيها منه أن يبشر بمقدم الجزار، وابتهج المريض ودخل ابن سينا على المريض في فترة لاحقة يقول ملوحاً بسكينة الحادة أين تلك البقة فإني أريد ذبحها، فخار المريض كالبقرة مشيراً إلى مكان وجوده، وهنا مدد المريض على الأرض وقيدت قدماه ويداه بأمر ابن سينا الذي تحسس جسم المريض ثم أردف أنها بقرة نحيلة لم يحل ذبحها ولا بد من تسمينها أولاً ثم قدم الطعام الملائم للمريض فتناوله بلهفة واستعاد قوة شيئاً فشيئاً وتخلص من وهمه تماماً.

وفي تبصير المريض بمكنونات شعوره، لجأ ابن سينا إلى طريقة التداعي الحر التي تشير إلى تنظير الباحث لفكرة الكبت واللاشعور، يروي عن ابن سينا:

أعجز مرض ابن أحد الأمراء الأطباء فنودي على ابن سينا، دخل أمير الأطباء على الشاب أمسك بنبضه وراح يردد على مسامعه أسماء الأحياء في المدينة، فانتفض نبض المريض عند ذكر حي (الناضرة)، وأعاد ابن سينا ترداد أسماء بيوتات الحي على المريض إلى أن انتفض عند ذكر أسرة (القيسي) ترك ابن سينا المريض ليسترجع هدوءه (الاسترخاء) وردد على مسمعه أسماء أبناء القيسي وبناتهم فانتفض نبض المريض لاسم فاطمة عندها صاح ابن سينا زوجوه من فاطمة ففعلوا فشفي الأمير.

ولقد عمل (فرويد) مع جوزيف بروير) الذي عالج الهيستيريائيين من النساء بالتنويم المغناطيسي وبإتاحة الفرصة لهم لإطلاق المكبوت من المشاعر والهموم بالتطهير (التطهير طريقة ساعدت على تفريغ الشحنة الانفعالية المكبوتة، ودلت على طبيعة المشكلة المسؤولة عن الاضطراب العصابي).

لقد كان لطرق العلاج المشار إليها (التنويم، التطهير) دلالاتها الناجحة للاهتمام باللاشعور، ودفع (فرويد) لوضع الأسس الحديثة لوجهه النظر النفسية بالتعاون مع (بروير) أولاً: وبمفرده أخيراً ولقد ابتكر فرويد طريقة التداعي الحر وأكد على فكرة التحليل النفسي التي تشير إلى مبادئ تحليل أقوال المريض وأفعاله وتفسيرها وطريقة علاجه.

وقد ترك (فرويد) أثر كبيراً في الأبحاث النفسية الحديثة، وفي بحث الشخصية وحالات شذوذها بشكل خاص، كذلك كان أثره واضحاً في عمليات التشخيص والعلاج المتصلة بالكثير من الاضطرابات النفسية ويذكر (الرفاعي 1984) أنه: (لم ينشأ اهتمام فرويد بالشخصية من المختبر أو المدرسة، بل نشأ من العيادة، ولم يكترث كثيراً للصفات الظاهرة في الشخصية (إلا من حيث دلالتها) بل كان اهتمامه الأكبر منصباً على الأعماق في بناء الشخصية ومن هنا تسمى نظريته "نظرية الأعماق" ولم يقصر دراسته على الحالات المرضية بل عمم النتائج

على الحالات السوية باعتبار أن الشذوذ انحراف عن السوي، وأن من الممكن دراسة حالات الاستواء من دراسة الشذوذ".

وتعتمد نظرية التحليل النفسي على بعدين هامين هما:

1- مكونات الجهاز النفسي (مكونات الشخصية).

2- مستويات الحياة النفسية.

وسوف نتحدث عنهما بالتفصيل.

1- مكونات الجهاز النفسي:

يفترض (فرويد) أن الجهاز النفسي يتكون من (الهو id، ألانا ego، وألانا الأعلى Super- ego).

أ- الهو (id): هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوفع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أي صورة وبأي ثمن. وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتم تهذيبها من خلال قوانين المجتمع.

ب- ألانا (Ego): هو مركز الشعور والإدراك الحي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية والمشرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها.

ج- ألانا الأعلى (Super-ego): وهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي.

ووفقاً لهذا التقسيم يتضح أن لكل مكون وظيفة خاصة به، (فالهو) يدافع عن المطالب الغريزية للشخصية ويسعى بكل الطرق لتحقيقها. أما (ألانا الأعلى) فيدافع عن المطالب الأخلاقية والقيمية للشخصية، لذا ينشأ صراع واضح بين مطالب (الهو) ومطالب (الأنا الأعلى) حينها يتدخل (الأنا) في محاولة

لفك الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى وبين الواقع، لذا (فالانا) بمثابة منفذ للشخصية حيث أنه يعمل في ضوء الواقع من أجل المحافظة على بقاء كيان الذات والمحافظة على التوافق الاجتماعي.

إن عدم اضطراب سلوك الفرد مرهون بنجاح (ألانا) في حل الصراع بين (الهو) و(ألانا الأعلى) وإيصال الجهاز النفسي إلى حالة من التوازن، أما إذا فشل (ألانا) في هذه المهمة ظهرت أعراض العصاب والاضطرابات السلوكية بشكل عام.

2- مستويات الحياة النفسية:

تتكون الحياة النفسية حسب وجهة نظر فرويد من ثلاث مستويات هي:

1- مستوى الشعور: وهو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي (البيئة الخارجية) وهو الجزء السطحي من الجهاز النفسي.

وهو الذي يزودنا بالمعرفة من البيئة الخارجية ومن الإحساسات الداخلية.

2- ما قبل الشعور: وهو المستوى الذي يحتوي على كل ما هو كامن وليس في الشعور ولكنه متاح ويسهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الذكريات.

3- اللاشعور: وهو المستوى الذي يكون معظم الجهاز النفسي، وهو يحتوي على كل ما هو كامن وليس متاحاً ويصعب استدعاؤه إلى حيز الشعور إلا باستخدام طرق ووسائل محددة كالتنويم المغناطيسي والتداعي الحر وتفسير الأحلام وهفوات اللسان وغيرها.

ويحتوي اللاشعور على كتلة ضخمة من الحوادث النفسية المختلفة التي لا يحيط بها التركيب الشعوري ولا تكون تحت تصرف الشعور المباشر، وهذا لا يعني خمول تلك المكنونات (الخبرات والحوادث النفسية) وعدم تأثيرها على حياة

الفرد وإنما لها أكبر الأثر في تشكيل شخصية الفرد وسواءه أو شذوذه من خلال أثرها غير الواضح على سلوك الأفراد الشعوري، بمعنى يكون تأثير اللاشعور كبيراً في حياة الفرد، ويكون باستطاعة مكنوناته أن تغير أفكار الشخص وعواطفه تغييراً واسعاً دون أن يكون الفرد على وعي به، وباستطاعتها كذلك أن تغير حتى في بعض أوضاع جسده.

وبالإضافة إلى ما ذكرنا سابقاً فإن نظرية التحليل النفسي تعتمد أيضاً على خمسة مراحل متلاحقة من النمو النفسي- جنسي والتي تبدأ مع الميلاد وهذه المراحل هي:

1- المرحلة الفمية Oral Stage.

2- المرحلة الشرجية Anal Stage

3- المرحلة الذكرية Phallic Stage.

4- مرحلة الكمون Iatency Stage.

5- المرحلة التناسلية C-ential Stage.

"وترى نظرية التحليل النفسي بأن كل طفل يمر بمراحل النمو الخمسة وبشكل منتظم، ولكن قد يحدث نوع من التداخل فيما بينها مما يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات السلوكية نتيجة لذلك، فمن وجهة نظر التحليل النفسي فإن المراحل الثلاث الأولى تعتبر هامة، ففي الوقت الذي ينهي فيه الطفل المرحلة الثالثة من (4-6 سنوات) تكون قد تكاملت لديه عناصر الشخصية فإذا ما تم حل المشاكل في هذه السنوات المبكرة بنجاح فإن احتمال ظهور اضطرابات في المستقبل يكون ضئيلاً. وقد تنمو الاضطرابات السلوكية لدى الطفل لأنه يسخر كمية كبيرة من طاقته النفسية في مرحلة واحدة بحيث لا تتوافر لديه طاقة نفسية كافية لمواجهة المراحل اللاحقة أو أن الصغار الذين يصادفون صعوبات في مراحل متأخرة قد ينكصون للخصائص السلوكية للمراحل المبكرة".

وأخيراً لقد وجهت إلى هذه النظرية انتقادات كثيرة منها، إنها غير عملية وتحتاج إلى وقت وجهد ومال وإنها اهتمت بالمرضى النفسيين أكثر من المضطربين سلوكياً، وإنها اتهمت براءة الطفل واعتمدت على البعد الجنسي في تحديد مراحل النمو النفسي للطفل عدا أنها تتبنى آراء المحللين الشخصية دون القدرة على التأكد من نتائج أبحاثهم.

وفيما يلي مقارنة بين الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في نظرتها إلى الاضطرابات السلوكية.

	الاتجاه السلوكي		الاتجاه التحليلي
1	يرتكز على أسس نظرية علمية قابلة للتجريب.	1	يرتكز على أسس نظرية لم تثبت علمياً وطبقت سريرياً دون وضعها تحت الدراسة المحكية.
2	تعتبر الأعراض المرضية العصابية عبارة من أفعال منعكسة شرطية اكتسب بصورة فرضية وفي ظروف خاصة	2	تعتبر الأعراض ظواهر لصراعات لا شعورية عميقة تشير إلى الكبت.
3	تعتمد الأعراض على درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسيولوجية في جهازه العصبي (السمبثاوي والباراسمبثاوي) وتكوينه للفعل المنعكس الشرطي.	3	تعتمد الأعراض العصابية على اختلاف الحيل الدفاعية النفسية اللاشعورية أي الحيل الدفاعية التي يكمن خلفها مكبوتات لاشعورية تظهر بشكل أعراض عصابية.

	الاتجاه السلوكي		الاتجاه التحليلي
4	الشفاء يتسم بمعالجة الأعراض فقط وإطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية وبعلاج الأعراض يشفى المريض.	4	الشفاء يتم بمعرفة ديناميكية اللاشعور وليس بعلاج الأعراض، وعلاج الأعراض لا يؤدي إلى شفاء المريض.
5	تفسير الأعراض والأحلام والرموز لا أهمية له.	5	تفسير الأعراض والأحلام والرموز من أهم وسائل العلاج.
6	العلاقة بين المريض والمعالج مفيدة ولكنها غير اساسية.	6	العلاقة بين المريض والمعالج وعملية التجاوب الوجداني ضرورية لنمو العلاج.
7	المعالج لديه قدرة على ضبط خطة العلاج والتحكم بها وتعديلها تبعاً لخطوات العلاج والشفاء.	7	المعالج ينتظر استجابة المريض وأفكاره وذكرياته حتى يتم شفاؤه.
8	يحكم المعالج عدد مرات تعريض المريض للمثيرات المطلوبة وتكرارها حسب حالة المريض وبإمكان المعالج تقوية وتعزيز وتكرار المثير المفيد وحذف المثيرات الضارة.	8	لا يتحكم المعالج إلا في الجلسات العلاجية التي يمارسها مع المريض.
9	يعتمد على قوانين التعلم الثابتة وعلى الأسس الفسيولوجية	9	يعتمد على خبرات المعالج الذاتية وعلى تأويلاته

	الاتجاه السلوكي		الاتجاه التحليلي
	العصبية لذلك يعتبر علاجاً موضوعاً.		الشخصية وخبراته لذا فهو منهج ذاتي غير موضوعي.
10	تصل نسبة الشفاء أحياناً إلى (90٪) تقريباً.	10	ليس له هذه الفاعلية القوية في الشفاء.
11	لا يحتاج إلى وقت طويل وتكلفة وجهد.	11	قد يستمر العلاج لعدة سنوات ويحتاج المريض إلى عدة جلسات وإلى نفقات مادية باهضة.
12	بدأ هذا الاتجاه من النظريات والمبادئ وانتهى إلى التجريب.	12	بدأ هذا الاتجاه ثم التجريب وانتهى إلى وضع مبادئ ونظريات.
13	ما زال هذا الاتجاه في طور الإعداد والتكوين والنمو.	13	العلاج التحليلي قديم ومناهجه مستقرة ومعروفة وكذلك طرقه وأساليبه.

ثالثاً: الاتجاه الديناميكي (الدينامي):

"يعطي المؤيدون لاستراتيجيات ديناميات السلوك والتي تعرف أحياناً باسم النموذج الطبي (Medical Model) أهمية خاصة للإطار العلاجي الطبي، ويرونه ضرورة تدخل الجانب الطبي في عمليات تشخيص الحالات وعلاجها واتخاذ
ضرورة تدخل الجانب الطبي في عمليات تشخيص الحالات وعلاجها واتخاذ
القرارات بشأنها، ويؤكد هؤلاء أيضاً دور الجانب الطبي في تقييم هذه الحالات

وتحديد مدى التقدم الطبي الذي يطرأ على الحالة وفي ظل هذه الإستراتيجية يصبح الأخصائي التربوي دوراً ثانوياً.

وتقوم إستراتيجية ديناميات السلوك في جوهرها على مبادئ التحليل النفسي التي أرسى قواعدها سيجموند فرويد - كما ذكرنا - إلا أن أصحاب هذا الاتجاه قد عارضوا فرويد في كثير من آرائه التي وجدوها أنا غير منطقية وغير منسجمة مع الطبيعة البشرية، وأنها في بعض الأحيان متشائمة، وفي أحيان أخرى تغفل دور عوامل كثيرة خارجية وداخلية تؤثر على سلوك الفرد، كما وتركز اهتمامها- نظرية فرويد- على دور الغرائز والخبرات المكبوتة وتجعلها محور السلوك ومحور العلاج.

ويترأس هذا الاتجاه (هورناي، فروم، سوليفان) ويذكر (هول ولينلزي 1978) أن كارين هورناي ترى أن أفكارها تندرج ضمن إطار علم النفس الفرويدي، وهي تطمح في استئصال الأخطاء الشائعة من التفكير الفرويدي، وتعتقد أن جذور تلك الأخطاء تكمن في الاتجاه الذي يصعب على الفرويديون التحرر منه، وتقول أن التحليل النفسي يجب أن ينمو متخلصاً من القيود التي تكبله.

يعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن السلوك المضطرب ينشأ عند الطفل نتيجة لغياب سلوكات المحبة والرعاية والحنان، وينشأ كذلك نتيجة لوجود استجابات الرفض والنقد من قبل الوالدين والآخرين بمعنى أن السلوك السلبي من قبل الآخرين والموجه نحو الطفل يؤدي إلى إحداث القلق لديه وبالتالي بداية الاضطرابات السلوكية، وبناء على هذا فإن هذا الاتجاه يؤكد على أهمية العوامل البيئية التي تؤثر على السلوك، فسلوك الإنسان مكتسب خلال عملية

التعلم بالتفاعل مع البيئة فأي فعل في البيئة يستدعي رد فعل من قبل الإنسان بغض النظر عن نوع البيئة سواء كانت اجتماعية أو طبيعية.

المفاهيم الأساسية لهذا الاتجاه:

سوف نناقش تحت هذا العنوان مفهومين أساسيين ورئيسين هما:

1- مفهوم الحصر.

2- مفهوم الحاجات العصابية.

1- مفهوم الحصر:

وهو مفهوم يقابل القلق والذي يعني هنا (إحساس ينتاب الطفل بالعزلة والضعف في مواجهة عالم حافل بالعدوان والعوامل المعاكسة في البيئة مما يقوده إلى الشعور بانعدام الأمن لديه) إن شعور الطفل بعدم الأمن يدفعه لعدة سلوكات سلبية مثل اللامبالاة أو المبالغة في التصرف.

بمعنى أن شعور الطفل بالعجز وشعوره بالعداوة وشعوره بالعزلة يقوده إلى الشعور بالحصر (القلق) وإن مشاعر الطفل تلك قد تكونت نتيجة لطريقة تعامل الوالدين معه، ونتيجة لتفاعله مع البيئة الاجتماعية بشكل عام، فتعامل الوالدين داخل الأسرة بطريقة ينعدم فيها الحب والحنان، وإهمال الطفل وتركه وحيداً ليلبي حاجاته بنفسه ووضع الطفل في مواقف عقابية تمثل كراهية الوالدين للطفل وعدم عدالة الوالدين في التعامل مع الأخوة - عدم المساواة - وتحقير الطفل والتقليل من شأنه وقدراته والكذب عليه وعدم الوفاء بالعهد معه، تعتبر من أهم الأسباب المؤدية إلى قلق الطفل واضطرابه، هذا بالإضافة إلى البيئة الاجتماعية كما ذكرنا، والسلبيات الاجتماعية التي تحيط بالطفل كالكذب

والخداع والغش والحسد، والمناقضات الاجتماعية والتي تعتبر من أهم مصادر القلق عنده.

وبصفة عامة فإن كل ما يؤدي إلى اضطراب شعور الطفل في علاقته بوالديه يؤدي إلى القلق (الحصر) الأساسي، فالطفل القلق الذي ينعدم لديه الشعور بالأمن يستخدم كافة الأساليب ليواجه ما يشعر به من عزلة وضعف، فقد يصبح عدوانياً ينزع إلى الانتقام لنفسه من الذين أساءوا معاملته، أو قد يصبح واضح الخضوع والخنوع حتى يستعيد مرة أخرى الحب الذي افتقده، وقد يكون لنفسه صورة مثالية غير واقعية ليعوض ما يشعر به من نقص وقصور، وقد يحاول رشوة الآخرين ليحبوه وقد يُغرق في الإشفاق على نفسه والرثاء له ليكسب حب الآخرين وتعاطفهم، فإذا لم يستطع الحصول على الحب فقد يعمل على تحقيق القوة والسيطرة على الآخرين وقد يصبح شديد الميل إلى التنافس ويصبح الكسب عنده أهم بكثير مما يحققه من إنجاز، وقد يحول عدوانيته إلى ذاته ويحقرها ويلومها وقد تصبح هذه الأساليب على قدر من التأصل في الشخصية بحيث تصبح من عناصرها.

2- الحاجات العصابية:

وهي نزعات قهرية يميل إليها الطفل ويستخدمها لمواجهة قلقه الداخلي، ومواجهة البيئة الاجتماعية وما تحتويه من مشكلات، وهذه الحاجات وعددها عشرة يتم اكتسابها نتيجة لمحاولة اكتشاف حلول للاضطراب في العلاقات مع الآخرين، وقد سميت عصابية لأنها حلول غير منطقية للمشاكل وهذه الحاجات هي:

1- الحاجة العصابية للحب والتقبل، وتتميز هذا الحاجة برغبة دون تمييز لإرضاء الآخرين، فالفرد يعيش من أجل تكوين فكرة حسنة عنه، كما أنه

يكون بالغ الحساسية لأي علاقة قائمة على النبذ أو عدم الود، إن تحرك الفرد هنا يكون مركزاً نحو الآخرين.

2- الحاجة العصابية إلى شريك يتحمل مسؤولية حياة الفرد، فالشخص الذي لديه هذه الحاجة طفلي ويحتاج إلى حب زائد، ويسرف في تقدير الحب أو يخاف أشد الخوف من الهجر أو أن يُترك وحيداً وتحرك الفرد هنا يكون باتجاه الآخرين.

3- الحاجة العصابية لدى الفرد إلى تقييد حياته داخل حدود ضيقة، إن مثل هذا الشخص لا يطلب شيئاً ويقنع بالقليل ويكون غير لحوح ويحدد رغباته للأشياء ويفضل البقاء مغموراً مفضلاً التواضع على كل ما عداه.

إن الاتجاهات الثلاثة السابقة توجد دائماً مع بعضها البعض وهي تشكل حاجات تمثل التحرك نحو الآخرين وتستلزم جميعها الاعتراف بالضعف.

4- الحاجة العصابية للقوة، وتخضع هذه الحاجة نفسه إلى السلطة وحب الذات مع عدم احترام الآخرين، واحتقار الضعف وحب السيطرة على الناس بالقوة الفعلية أو السيطرة من خلال التفوق والاستغلال الذهني وهنا يكون تحرك الفرد ضد الناس.

5- الحاجة العصابية إلى استغلال الآخرين وتحركه هنا ضد الناس.

6- الحاجة العصابية إلى المكانة المرموقة، ونجد هنا أن تقدير الفرد لنفسه يتحدد بمقدار ما يناله من تقدير اجتماعي من الآخرين.

7- الحاجة العصابية إلى التقدير والإعجاب الشخصي، إن من لديه هذه الحاجة يكوّن لنفسه صورة منظمة ويرغب في أن يكون محط الإعجاب على هذا الأساس وليس على أساس ما يتصف به من صفات.

8- الحاجة العصابية إلى الاكتفاء الذاتي والاستقلال حيث يكون الفرد هنا مصاب بخيبة الأمل، وبسبب إخفاقه في محاولته للعثور على الدفء والعلاقات المشبعة مع الآخرين فإنه يعزل نفسه عن الآخرين ويرفض أن يربط نفسه بأي شخص وبأي شيء، فيفضل أن يبقى وحيداً.

9- الحاجة العصابية إلى الكمال واستمالة التعرض للهجوم. إن الشخص الذي يعاني من هذه الحاجة يدفعه الخوف من الوقوع في أخطاء تعرضه للنقد إلى أن يجعل من نفسه حصناً لا يمكن مهاجمته ولا يقع في الخطأ فهو يبحث عن عيوبه دائماً بهدف إخفائها قبل أن يتعرف عليها الآخرون.

10- الحاجة العصابية إلى الإنجاز الشخصي حيث يرغب الشخص في أن يكون أفضل بكثير من غيره، ويدفع بنفسه للتحصيل أكثر فأكثر وذلك لعدم شعوره بالأمن أساساً.

"إن هذه الحاجات هي المصادر التي تنمو فيها الصراعات الداخلية فالحاجة العصابية إلى الحب مثلاً، لا ترتوي فكلما زاد ما ناله زادت رغبته، والنتيجة أنه لا يشبع أبداً ويصدق ذلك على الحاجة إلى الاستقلال إذ يستحيل إشباعها كاملاً لأن جزء آخر من شخصية العصابي تتطلب الحب والإعجاب وأن الحاجة إلى الكمال أمر مصيره الإخفاق منذ البداية فهذه الحاجات تعتبر غير واقعية".

وأخيراً تجدر الإشارة إلى آراء كل من (دولارد وميللر) والتي تكوّن اتجاها جديداً في النظرية التحليلية، حيث يؤكدان على المكانة الخاصة التي يحتلها اللاشعور والصراع كما في التحليل النفسي عند فرويد، ففي نظريتهما إلى اللاشعور وفي تحليليهما للعوامل اللاشعورية فإنهما لا يعتمدان على أساس البناء الثلاثي للنفس (الهو/ الانا/ الانا الأعلى) ولكنهما يحللانها على أسس من عملية التعلم، فالكبت مثلا عملية تجنب لبعض الأفكار والذكريات المؤلمة وتقوى هذه العملية لأنها تؤدي إلى خفض التوتر، إلا أن كبت الدوافع لا

يستأصلها بل تبقى محفوظة، لذا فإن قوتها تبقى محفوظة وتبقى تلك الدوافع مؤثرة وفعالة وتظهر مكانتها فيما تقوم به من أعمال حين تتعرض لمثير ما، أو ما يصيب الفرد من اضطرابات سلوكية نتيجة لتحركها.

وكذلك فإن تأثير تلك الدوافع المكبوتة يظهر في أنماط السلوك الدفاعية (الحيل الدفاعية اللاشعورية) والتي هي في الواقع أنماط متعلمة من السلوك يلجأ الفرد إليها نتيجة لتأثير عمليات اللاشعور بهدف تخفيف التوتر الناتج عن الدوافع المختبئة.

أما في نظرتهما إلى الصراع فيذكر (الرفاعي 1987)، أنه "يكون الصراع اللاشعوري عملية أساسية في كل حالة لا يحدث فيها تكيف مناسب بين الدوافع والشروط المحيطة، لذلك يكون بحث الصراع أساسياً في بحث الشخصية أما كيف تسهم الظروف الاجتماعية وعملية التعلم في الصراع فأمر يمكن فهمه بالرجوع إلى الموقف التقليدي في أشكال من الثقافة التي تميز المجتمع، ومن الأمثلة على ذلك الموقف الذي يأخذه المجتمع من إشباع الطفل دوافعه الأولية وموقف الجماعة من الحديث عن الجنس: ففي الموقف الكثير من التحريم والمنع واللوم وفي الدوافع الكثير من القوة وليس العقاب الذي يوقعه المجتمع بالمعتدي إلا شكلاً من أشكال إسهام الظروف الاجتماعية في نشأة الصراع من حيث أن من ينزع إلى العدوان يفكر بالعقاب ويبدأ الصراع عنده بين الطرفين".

رابعاً: الاتجاه الفسيولوجي (الوظيفي):

لقد كان فيثاغورس أول من اعتبر أن الدماغ عضواً مركزياً للفعالية الذهنية وارجع المرض النفسي إلى مرض الدماغ، تبعه في ذلك (هيبوقراط) الذي صنف الأمراض النفسية كالهوس والسوداء أو الاكتئاب، والهذيان ورسم الصورة السريرية لكل مرض منها معتمداً على الملاحظة السريرية اليومية.

"سار الأطباء اليونانيون والرومانيون في الإسكندرية على الخطى العملية لهيبوقراط، أمثال (اسكليبيارس) الذي يعتبر أول من لاحظ الفرق بين المرض الحاد والمزمن، وميز الوهم من الهلوسة وألمح (أريطاوس) في نهاية القرن الميلادي الأول إلى فكرة اعتبار الاضطرابات العقلية امتداداً للظواهر النفسية العادية. ولم يساهم (غالن 130– 200م) في علاج المرض أو رسم صورته السريرية غير انه تبنى منهجاً علمياً لتشريح الجهاز العصبي، وارجع المرض النفسي إلى أسباب عضوية كالجروح والتسمم الكحولي، ونفسية كالخوف والصدمات والأزمات الاقتصادية".

وقد كشف التطور العلمي السريع في القرن الثامن عشر عن الأسباب العضوية للمرض النفسي وسرعان ما برزت وجهة النظر العضوية (الفسيولوجية) التي تشكل تطوراً علمياً هائلاً في فهم المرض النفسي وعلاجه. ويذكر (أسعد، 1986) إن أميل كريبلان قد لعب دوراً حاسماً في تأكيد فكرة الأسباب العضوية للأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام (1863) والذي جاء فيه أهمية مرض الدماغ، في توليد المرض النفسي، وكذلك فقد وضع تصنيفاً للاضطرابات النفسية اتخذته التصانيف الحديثة أساساً لها.

ولقد بدأت الدراسات في مجالات التشريح والكيمياء الحيوية والعضوية بهدف التوصل إلى الأسباب العضوية التي تسبب الأمراض النفسية، ولكنها لم يحالفها الحظ في ايجاد أسباب عضوية محركة للعديد من الاضطرابات النفسية حيث ارجع العلماء أسباب ذلك إلى قصور أدوات البحث العلمي، وإلى أن تلك الأمراض النفسيه متداخله الأسباب.

ولقد افترض آخرون بأن تلك الأمراض يمكن إرجاعها إلى أسباب وراثية غامضة.

يمكن تلخيص وجهة نظر هذا الاتجاه في العبارات التالية:

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي هو أحد أهم الأسباب المؤدية للاضطرابات السلوكية وأن سوء الأداء الوظيفي للمخ كذلك يعلب دوراً حاسماً في ظهور بعض حالات الانحراف السلوكي، بالإضافة إلى سوء الأداء الوظيفي للمخ توجد مجموعة من الظروف الفسيولوجية التي لا يمكن في بعض الأحيان تتبعها أو تصحيحها، فقد لوحظ أن العوامل الفسيولوجية ترتبط أحياناً بحالات التهيج، وعدم إحراز تقدم في الواجبات المدرسية، وبعض الاضطرابات الأخرى في السلوك، ولقد قام كل من (ستراوس، ليتنن، كروكشنك، 1961) بدراسة أرجعوا من خلال نتائجها مشكلات النشاط الزائد والمشكلات الإدراكية الحركية إلى التلف المخي (تلف الخلايا العصبية في المخ) ويضاف إلى ذلك أن الحالات التي يصاب فيها مركز عصبي بعطل أو ضعف يصاحبها عادة عدد من المظاهر المضطربة على سلوك الفرد، فإذا أصاب المراكز الدماغية بعض الضعف بسبب عامل الشيخوخة انعكس ذلك على سلوك الفرد فأصبح كثير التبرم وقليل التكيف.

وتلعب الغدد الصماء دوراً هاماً في ظهور الاضطرابات السلوكية وذلك بما تفرزه من هرمونات وذلك لتكييف الجسم حسب المواقف الحياتية المختلفة، فإذا زادت كمية الهرمون عن المطلوب أصيب الفرد باضطراب عضوي وسلوكي، وكذلك الحال في حالة نقص الهرمونات، فالاضطراب في كمية سكر الدم- مثلاً- يترك المجال لعدد من الظواهر النفسية للظهور كالاكتئاب والاتجاه الخاطئ والشعور باختلاط الأمور، وهناك هرمون الادرنالين الذي يقوم بوظيفة هامة في حالة الهيجان.

ولا ننسى أن نذكر ما يسمى بالأعراض النفس- جسمية (السكوسوماتية) وهي أعراض تظهر على الجانب العضوي للإنسان يكون سببها نفسياً كالتقيؤ

والشعور بالغثيان نتيجة للخوف أو القلق أو الشعور بالصداع النصفي نتيجة للاضطرابات النفسية.

ولقد لخص (عبد الرحيم 1982) أهم النتائج التي كشفت عنها البحوث في مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلي:

1- يعتقد البعض بأن العوامل الجنينية يحتمل أن تكون أسباباً في حالات الشيزوفرينيا.

2- يعتبر البعض البناء التكويني للجسم سبباً في الاضطرابات، ومن أمثلة ذلك:

أ- قد يوجد ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل:

- النمط الجسمي المعروف باسم (الجلدي) قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق.

- النمط الجسمي المعروف باسم (العظمي) قد يرتبط بالميول العدوانية والصرامة.

ب- قد يرتبط الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) بالسلوك.

- ترتبط سيطرة الجهاز السمبثاوي بحالات الاعتماد على الآخرين وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن.

ج- العلاقة بين التغيرات الهرمونية والنمو الجسمي باضطرابات السلوك لم تتضح حتى الآن:

3- عوامل الإنجاب:

أ- مدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد وليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات السلوك عند الأطفال فيما بعد.

ب- اضطرابات السلوك أكثر شيوعاً بين الأطفال المبسترين عن غيرهم.

4- التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي:

أ- يعتقد الكثيرون بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي يعتبر من العوامل المسببة لاضطرابات السلوك.

ب- لا يوجد دليل واقعي مباشر على أن التلف المخي يرتبط بنوع محدد من الأمراض النفسية.

وأخيراً يرتكز هذا الاتجاه إلى الأبحاث الطبية في مجال علم وظائف الأعضاء (الفسيولوجي)، ويفترض بشكل مبسط ومختصر أنه كلما قامت الأعضاء بوظائفها بشكل اعتيادي ولم يحدث فيها أي اختلال كان سلوك الأفراد طبيعياً ومائلاً للسواء، وأنه إذا حدث أي اضطراب في وظائف الأعضاء المختلفة للإنسان أدى ذلك إلى ظهور أعراض لاضطرابات سلوكية متعددة.

الوحدة الرابعة

خصائص المضطربين سلوكياً

الوحدة الرابعة

خصائص المضطربين سلوكياً

- الذكاء والتحصيل الدراسي.
- السلوك العدواني والقلق.
- النشاط الحركي الزائد وتشتتت الإنتباه والاندفاع.
- الانسحاب وسوء التكيف الاجتماعي.
- التوحد (الأوتزم).

الوحدة الرابعة

خصائص المضطربين سلوكياً

إنه من الصعب تحديد نموذج من المشاكل السلوكية نصف به جميع الأطفال المضطربين سلوكياً، فمشاكلهم متعددة ومتنوعة، وإن كل فرد يعتبر له خصائصه المتميزة أو الفريدة هل تؤثر الاضطرابات السلوكية على شخصية الفرد، الاضطراب السلوكي يؤثر بطريقة مباشرة على خصائص الشخصية كالخصائص الأكاديمية والاجتماعية والعقلية.

لقد قام بعض المختصين في دراسة الاضطرابات السلوكية بإعداد قوائم تشتمل على أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأطفال المضطربين سلوكياً، فمعظم هؤلاء الأطفال لديهم واحدة أو أكثر من هذه الخصائص، ولكن لا يوجد طفل واحد لديه جميع هذه الخصائص، وفيما يلي عرض لأهم هذه الخصائص السلوكية للأطفال المضطربين سلوكياً.

1- الذكاء.

2- التحصيل الدراسي.

3- السلوك العدواني والقلق.

4- النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع.

5- القلق.

6- الانسحاب.

7- سوء التكيف الاجتماعي.

8- الاجترارية (الأوتوستك).

1- الذكاء:

لا توجد نسبة محددة من الذكاء يندرج تحتها الأطفال المضطربين سلوكياً إذا أن الاضطرابات السلوكية قد تصيب الأطفال المتخلفين عقلياً، والأطفال العاديين ذوي الذكاء المتوسط أو المرتفع، ولقد أشار كوفمان (Kauffama, 1981) في هذا المجال أن الاعتقاد بأن الأطفال المضطربين سلوكياً يميلون إلى أن يكونوا أطفالاً أذكياء يعتبر خرافة، فلقد أشار البحث إلى متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً بدرجة بسيطة أو متوسطة حوالي (90) درجة، وأن هناك عدداً قليلاً من الأطفال المضطربين سلوكياً ممن حصلوا على درجات مرتفعة في الذكاء، ومقارنة بالتوزيع العام نجد أن نسبة كبيرة من الأطفال المضطربين سلوكياً يقعون في فئة التعلم والتخلف العقلي البسيط، ومع ذلك فمن الصعب القول بأن الأطفال المضطربين سلوكياً لديهم انخفاضاً حقيقياً في درجة الذكاء بالنسبة للأطفال العاديين، ويجب أن نذكر أن اختبارات الذكاء تقيس أداء الطفل لواجبات معينة، ومن المحتمل أن يتدخل السلوك غير الملائم للطفل المضطرب سلوكياً في أداء الاختبار فيؤثر هذا على النتيجة النهائية ويكون السبب في هذه الحالة هو الاضطراب السلوكي وليس انخفاض نسبة الذكاء. ولهذا فقد ذهب البعض إلى القول بأن اختبارات الذكاء تعتبر متحيزة ضد الأطفال المضطربين سلوكياً، وأن ذكاءهم الحقيقي أعلى ما تشير إليه درجات الاختبار.

2- التحصيل الدراسي:

ذكر كل من ميلر وديفز (1982)، أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين سلوكياً يعتبر منخفضاً إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين، واستشهدا بذلك بالدراسة التي أجريت على (130)

طفلاً من المضطربين سلوكياً والتي وجدت أن (81٪) منهم كان تحصيلهم منخفضاً في القراءة، وأن (72٪) قد حصلوا على درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقعاً منهم، بالإضافة إلى ذلك فقد لاحظ عدد من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية، فالكثير من الأطفال الذين لديهم اضطرابات سلوكية لديهم أيضاً مشاكل دراسة في نفس الوقت، كذلك فإن معظم الأطفال المضطربين سلوكياً لديهم أيضاً مشاكل دراسية في نفس الوقت، كذلك فإن معظم الأطفال المضطربين سلوكياً لا يحصلون عادة على المستوى المتوقع من عمرهم العقلي وذلك عند قياس تحصيلهم الدراسي على اختبار تحصيل مقنن.

والسؤال الآن هو، يعتبر انخفاض التحصيل الدراسي ملازماً للاضطرابات السلوكية؟ وهل العوامل البيولوجية هي المسؤولة عن ذلك، أم العوامل البيئية أم أن المدرسة والمعلم هما المسؤولان عن هذا القصور الدراسي؟

في إجابته عن التساؤلات السابقة وضع كوفمان (1977)، المسؤولية كاملة على عاتق كل من المعلم والمدرسة في انخفاض التحصيل الدراسي لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وذلك **لعدم مراعاتهم للجوانب الخمسة الآتية في تعاملهم مع الأطفال المضطربين سلوكياً:**

1- عدم مراعاة المعلمين للفروق الفردية بين الأطفال، والفروق داخل الطفل نفسه.

2- توقعات المعلمين نحو الأطفال المضطربين سلوكياً تكون في كثير من الأحيان غير مناسبة.

3- عدم متابعة المعلم وعدم علاجه لجوانب القصور التي يعاني منها الطفل.

4- اقتصار التعليم على مهارات غير وظيفية.

5- استخدام طرق غير مناسبة للتعزيز.

ولا أحد ينكر العلاقة الإيجابية بين القدرة العقلية والمستوى التحصيلي للفرد، كما يمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي للأفراد المضطربين سلوكياً بعامل آخر هو أثر مظاهر الاضطراب السلوكي على انتباه وتركيز الأطفال المضطربين سلوكياً في المواد الدراسية، فالطفل المضطرب سلوكياً يشغل معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الإنسحابي، ويصعب أن يركز انتباهه للمعلم، ويمكن تفسير تدني الأداء التحصيلي لارتباطها بمظاهر أخرى بصعوبات التعلم والتي يعتبر فيها النشاط الزائد للفرد سبباً في تشتت انتباه الفرد وتركيزه.

3- العدوانية:

العدوان: هو سلوك ينتج عنه إيذاء شخص آخر أو إتلاف لشيء أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو للسيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين.

يعتبر السلوك العدواني واحداً من الخصائص الذي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هداماً ومزعجاً في كثير من الأحيان، ففي المدارس مثلاً نجد أن العدوانية غير المرغوبة تظهر على أشكال مختلفة منها الإساءة اللفظية والجسدية للآخرين، وتخريب ممتلكات المدرسة، وعدم إطاعة القواعد والتعليمات حيث يواجه المعلم صعوبة في إدارة الصف وتوجيهه.

لقد أشار كل من ميلر وديفز (1982)، **إلى أن هناك خمسة محكات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهي:**

- نمط السلوك.
- شدة السلوك.
- درجة الألم أو التلف الحاصل.
- خصائص المعتدي.
- نوايا المعتدي.

لقد كان شائعاً في الثلاثينات والأربعينات من هذا القرن أن الإحباط يقف وراء جميع أشكال العدوانية، إلا أنه تم التشكيك في هذا الرأي بعد أن أجريت الدراسات الحديثة في مجال التحليل النفسي والتي أظهرت العدوانية ناتجة عن دوافع داخلية لا شعورية، كما أظهرت الدراسات التي أجرها باندورا (Bandura 1976)، وباترسون وآخرون (Patterson 1975)، أن العدوانية تعتبر سلوكاً متعلماً، فالأطفال يتعلمون كثيراً من السلوكات العدوانية عن طريق ملاحظتهم لآبائهم وإخوانهم ورفاقهم في اللعب، والممثلين في التلفزيون والسينما، فهم يقلدون الأفراد الذين يسلكون سلوكاً عدوانياً خاصة إذا أن هؤلاء الأفراد ذوي مركز اجتماعي مرموق، أو إذا كان هذا السلوك العدواني يظهرهم بمظهر الأبطال، ومن المرجح أن يتحول الأطفال إلى ممارسة السلوك العدواني إذا أتيحت لهم الفرصة لذلك دون أن يتعرضوا لنتائج غير سارة أو إذا حصلوا على مكافأة أو على نتائج سارة.

استجابة لنظرية التحليل النفسي في أسباب العدوانية، فقد نادى البعض بأن من الأفضل السماح للأطفال بتفريغ (Acting Out) عدوانهم بحرية في مراحلها الأولية قبل أن تكبت وتظهر على شكل سلوك عدواني مدمر في المستقبل، ولكن جاءت البحوث والدراسات بعدم صحة هذا الرأي، فمن الأفضل أن تقدم للطفل نماذج من السلوك غير العدواني في ظروف تسمح

بظهور السلوك العدواني، تساعده على تكرارا السلوك غير العدواني وذلك بتقديم المعززات الإيجابية المناسبة، والحد من السلوك العدواني بالعقاب أو بالحرمان من الحصول على نتائج أو معززات إيجابية لهذا السلوك أو استخدام أسلوب العزل أو التأنيب وغيرها من الأساليب.

لقد كان الاعتقاد السائد قديماً أنه على الرغم من أن الأطفال العدوانيين يسببوا الكثير من المشاكل إلا أنهم أفضل حالاً من الأطفال الذين يتصفون بالانطواء، أو بالأنماط العصابية وذلك من حيث التفاعل الاجتماعي، والعمل المدرسي، إلا أن الدراسات التي أجرها روبنز (1979)، قد جاءت لتلخص هذا الاعتقاد ولتؤكد على أن العدوان يصاحبها فشل اجتماعي، أما بالنسبة للأطفال الانطوائيين أو العصابيين فبإمكان نسبة كبيرة منهم أن تحصل على عمل في المجتمع، وأن تتغلب على مشاكلها السلوكية، وأن يصبحوا بمنأى عن السجون والمصحات النفسية بدرجة أكبر من الأفراد العدوانيين.

4- النشاط الحركي الزائد/تشتيت الانتباه /الاندفاع:

ترتبط هذه الخصائص الثلاث ببعضها البعض ارتباطاً أساسياً، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد أو إمكانية تواجد الخصائص الأخرى، فالاندفاع هو التهور والعشوائية في إصدار الأفعال، وهو الاستجابة لأول فكرة تطرأ على بال الفرد، أما تشتت الانتباه فهو عدم القدرة على المتابعة وتركيز الانتباه على المهمات المدرسية، أما النشاط الحركي الزائد فيعتبر العامل الرئيسي في هذه الخصائص الثلاث وهو في كثير من الأحيان سبب رئيسي لكل من الاندفاع وتشتت الانتباه، فالنشاط لحركي الزائد هو زيادة في النشاط عن الحد المطلوب بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون مناسبة مع عمره الزمني، فالأطفال في سن الثانية على سبيل

المثال تكون حركتهم نشطة جداً باتجاه استكشاف البيئة لذا فهي تعتبر مناسبة لعمرهم الزمني، إلا أن نشاطاً مساوياً لهذا من قبل طفل عمره (10) سنوات من خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطاً غير مناسب.

لقد أكد برودين وآخرون (Broden, 1970)، على أن النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه، والاندفاع تعتبر من المشاكل المصاحبة للاضطرابات السلوكية، ولا يقتصر النشاط الحركي الزائد على المضطربين سلوكيا فقط بل أن هناك نسبة كبيرة من أطفال المدارس الأمريكية ممن لا يعانون من اضطرابات سلوكية يوصفون بأن لديهم نشاطاً حركياً زائداً، وأن هذه النسبة تتراوح فيما بين (15- 30٪) من إجمالي طلاب الولايات المتحدة الأمريكية.

لقد لخص كوف ومارجليس (Kough & Margolis)، الدراسات السابقة التي تحدثت عن العلاقة بين النشاط الحركي الزائد واضطرابات التعلم فوجدا أن هناك ارتباطاً كبيراً بين النشاط الحركي الزائد من جهة وبين كل من الاندفاع، وتشتت الانتباه، والمشاكل الانفعالية من جهة أخرى، كما وجدا أن معظم الدراسات أثبتت أن بعض الأطفال ذوي النشاط الزائد لديهم مشاكل تعليمية، وأن تحصيلهم الدراسي ضعيف، وأن كل من المعالجين والتربويين قد لاحظوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلفين في أدائهم التعليمي عن الأطفال العاديين، فأحياناً يكون أداؤهم ممتازاً وأحياناً أخرى يكون منخفضاً جداً ولقد ناقش كوف ومارجليس (1976)، **ثلاثة احتمالات يمكن أن تكون سبباً في المشاكل التعليمية عند الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد:**

1- أن الحركات الزائدة غير الأساسية خاصة حركات الرأس والعينين تؤدي إلى مشاكل في التعلم، كما أن مضاعفة النشاط الحركي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في التعلم نتيجة لعدم وضوح المعلومات خاصة تلك المعلومات التي تأتي من خلال القنوات البصرية.

2- قد يكون لدى الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد مداخل مختلفة للمشاكل فهم يميلون إلى الاندفاع في اتخاذ القرارات، مما يرتب على ذلك صعوبة لديهم في حل المشاكل لأنهم يستجيبون لأول بادرة تلوح أمامهم ولا يستطيعون تقديم استجابة أخرى بديلة.

3- قد يكون النشاط الحركي الزائد أحد أعراض التلف العصبي.

من الملاحظ أن النشاط الحركي الزائد ينتشر لدى الأطفال في سن السادسة إلى السابعة، وقد يثبت ويستمر إلى ما بعد السابعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، في حين يقل ويختفي لدى الأطفال الآخرين ممن لا يعانون من مثل تلك الاضطرابات السلوكية، وعلى الرغم من ذلك فإنه يوجد دليل عملي بأن السلوك الحركي الزائد وتشتت الانتباه والاندفاع يمكن تحسينهم والسيطرة عليهم وذلك باستخدام التعلم المنظم والمبرمج.

وقد تضمن التراث على مدى ما يزيد على ثلاثة عقود مضت أن بعض الأطفال غير العاديين يظهرون مجموعات من السلوكات ذات العلاقة الواحدة منها بالآخر مثل:

أولاً: نشاط حركي زائد ذو طبيعة غير عادية، وغالباً ما يشار إليه بالنشاط الزائد.

ثانياً: عدم القدرة على تركيز الانتباه إلى مثيرات مختارة أو تلك المثيرات المرتبطة بالموقف، أو المغالاة في الانتباه لمثيرات مرتبطة بالموقف، وغالباً ما يشار إلى هذا السلوك باسم تشتت الانتباه.

ثالثاً: عدم القدرة على كف الدفعات الداخلية أو الاستجابة السريعة للمثيرات دون الأخذ في الاعتبار لما يمكن أن يكون في الموقف من بدائل، وغالباً ما يشار إلى هذا الميل بالاندفاعية فغالباً ما يصاحب النشاط الزائد تشتت

الانتباه والاندفاعية وبناء على تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (البيان التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية) يقال أن الأطفال الذين تبدو عليهم هذه الخصائص يكون لديهم نوع من الاضطراب يرتبط بنقص الانتباه، ووفقاً للبيان التشخيصي الإحصائي قد يحدث اضطراب نقص الانتباه دون وجود النشاط الزائد، (وفئة الأطفال) ذوي اضطراب نقص الانتباه بدون نشاط زائد تشبه فئة الأطفال ذو النشاط الزائد، عدا أن الطفل في الفئة الأولى لا تبدو عليه اثنتان أو أكثر من الخصائص الواردة تحت النشاط الزائد)، ولو أن من النادر أن نجد طفلاً تنطبق عليه خصائص فئة اضطراب نقص الانتباه على الأقل اثنين من الخصائص الموضحة تحت النشاط الزائد، ويوصي بعض الباحثين باستبعاد اضطراب نقص الانتباه غير المصاحب للنشاط.

المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد:

يبدي الطفل أو الطفلة علامات نمائية غير مناسبة لعمره أو لعمرها العقلي والزمني مرتبطة بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية، والنشاط الزائد.

ويجب أن يقرر الراشدون مثل الوالدين والمعلمين ملاحظة هذه العلامات في بيئة الطفل غير المنزلية والتعليمية، وبسبب تغير هذه التجمعات من الأعراض، فقد لا يكون من الممكن ملاحظتها مباشرة بواسطة الأخصائي الاكلينيكي، وعندما تتعارض تقارير المعلمين والآباء، فيعطي الاعتبار الأول لتقارير المعلمين لأنهم أكثر ألفة بالسلوك المناسب في الأعمار المختلفة، وتزداد الأعراض سوءاً في المواقف التي تتطلب من الطفل أن يبذل مجهوداً مثلما هو الحال في الصف الدراسي مثلاً، كما أن علامات الاضطراب قد تختفي المواقف الجديدة أو المواقف التي يتعامل فيها الطفل مع فرد واحد.

وهذه الأعراض التي سيأتي تحديدها، خاصة بالأطفال بين سن (6 و10) سنوات، وهي المرحلة العمرية التي يكثر فيها أيضاً الحالات للعلاج، أما في حال الأطفال الصغار فهم يظهرون عدداً أكبر وأشد من الأعراض، والعكس صحيح بالنسبة للأطفال الأكبر سناً:

أ- **تشتت الانتباه:** قد يكون الطفل مشتت الانتباه إذا أظهر سلوكاً يمكن وصفه بثلاث من الخصائص الآتية على الأقل:

1- غالباً ما يفشل في إنهاء الأشياء التي بدأها.

2- غالباً ما لا يسمع ما يقال له.

3- يشتت انتباهه بسهولة.

4- لديه صعوبة في التركيز على عمله المدرسي أو المهام الأخرى التي تتطلب مواصلة الانتباه.

5- لديه صعوبة في الاستمرار في النشاط أثناء اللعب.

ب- **الاندفاعية:** ويوصف الطفل بالاندفاعية إذ أظهر سلوكاً يمكن وصفه بثلاث من الخصائص الآتية:

1- غالباً ما يتصرف قبل أن يفكر.

2- دائماً ما يتحول من نشاط إلى آخر.

3- لديه صعوبة في تنظيم عمله (لا ترجع إلى ضعف معرفي).

4- يحتاج إلى ملاحظة مكثفة.

5- غالباً ما يطلب المساعدة في الصف.

6- لديه صعوبة في انتظار دوره في اللعب والموقف الاجتماعية.

ج- **النشاط الزائد**: ويوصف بأنه مفرط الحركة إذا أظهر سلوكاً يمكن وصفه باثنتين من الخصائص الآتية:

1- كثيراً ما يجري ويتسلق على الأشياء.

2- يتحرك كثيراً وهو جالس.

3- يجد صعوبة في الاستمرار في الجلوس.

4- يتحرك كثيراً أثناء النوم.

5- دائماً ما يبدو كما لو كان على سفر أو يتصرف كما لو كان يتحرك بموتور.

د- تبدأ هذه الأعراض في الظهور قبل سن السابعة.

هـ- تستمر على الأقل ستة شهور.

و- لا ترجع إلى فصام، أو اضطراب انفعالي، أو ضعف عقلي شديد أو حاد.

اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يعد فرط النشاط واضطراب الانتباه مجموعة مختلفة من الأعراض تتميز بضعف الانتباه والذي لا ينتج عنه ضعفاً في التركيز مع زيادة ملحوظة في النشاط الحركي، وهذه الأعراض يجب أن تلاحظ لمدة لا تقل عن (6) شهور وقبل سن السابعة، **وفيما يلي بعض التعريفات حول هذا الموضوع:**

اضطراب الانتباه: يعرف اضطراب الانتباه بأنه "الاضطراب الذي يشمل كل من الشكل التلقائي واللاإرادي للانتباه ويدور حول الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب، عدم القدرة على التأثير بالأحداث، قصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن، ويذكر دليل التشخيص

الأمريكي أن الأطفال مضطربي الانتباه داخل غرفة الدراسة يواجهون صعوبات انتباهية واندفاعية، فيجد الفئة أنهم لا ينصتون ولا يسمعون ما يقال لهم، وتتسم أعمالهم بعدم الدقة ويندفعون في الاستجابة عند أدائهم المهام، كما تزداد أخطائهم في الاختبارات التي يتم تطبيقها عليهم، أما في المنزل فتصبح المشكلات الانتباهية في عدم الاستجابة للتعليمات العامة، بالإضافة إلى عدم القدرة على الاستمرار في أي نشاط لمدة، تناسب سنهم، وقد ميز الدليل بين فئتين من الاضطراب في الانتباه هما:

1- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه مع فرط النشاط وتتسم هذه الفئة بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط.

2- فئة الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه فقط: وتتسم هذه الفئة بنفس خصائص الفئة الأولى ولكن لا تظهر عليهم أعراض فرط النشاط، أيضاً فهذه لفئة لديها مشكلات في الاحتفاظ بالانتباه وفي تحويل الانتباه، وتنتشر هذه المشكلات بشكل واضح في الصف وفي أماكن أخرى.

وتشير الدراسات إلى أن الأطفال ذوي الاضطرابات في الانتباه يظهر عليهم مجموعة من الأعراض الدالة وتتمثل في:

1- صعوبة في نوعية التحصيل الدراسي.

2- صعوبة في الاستمرار في الانتباه والاحتفاظ به.

3- صعوبة في التركيز وتنظيم وإنهاء الأعمال التي تسند إليه.

4- اضطرابات في الذاكرة والإدراك والتركيز وتكوين المفاهيم، كما أنهم يحتاجون إلى سيطرة وإشراف خارجي.

فرط النشاط:

الطفل ذو فرط النشاط "هو الطفل الذي دائماً ما يبدي مستويات مرتفعة وعالية من النشاط حتى في المواقف التي لا تتطلب ذلك، أو حتى عندما يصبح ذلك غير مناسب أو غير ملائم للموقف، كما أن هذا الطفل دائماً غير قادر على اختزال- تثبيط- هذا المستوى العالي من النشاط عندما يتلقى الأمر بذلك، ودائماً تظهر استجاباته بنفس السرعة، هذا بالإضافة إلى أنه يتسم ببعض الخصائص الفسيولوجية، ومشكلات في التعلم، وإعراض سلوكية ومشكلات خاصة، وهو طفل يقاوم التدريب، كما يقترن لديه فرط النشاط بالاندفاعية، وسرعة الاستثارة والانفعال والمزاج المتقلب.

أسباب اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يرجع منشأ اضطراب الانتباه إلى عوامل: وراثية بيولوجية واجتماعية، وسيكولوجية، ونستعرض ذلك في التالي:

أولاً: العوامل الوراثية:

إذ تلعب العوامل الوراثية التي يطلق عليها الاستعداد الجيني دوراً هاماً في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب، وذلك بطريقة مباشرة غير نقل الجينات أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات العيوب تكوينية تؤدي لتلف أنسجة المخ ومن ثم يؤدي ذلك لضعف النمو كمرجع الاضطراب لمراكز العصبية الخاصة بالانتباه في المخ.

ثانياً: العوامل البيولوجية:

إذ ترجع تلك العوامل البيولوجية إلى التالي:

1- خلل وظائف المخ:

إذ أن انتباه الفرد لمنبه معين تنقسم إلى عدد من عمليات الانتباه الأولية وهي: التعرف على مصدر التنبيه وتوجيه الإحساس للمنبه وتركيز الانتباه عليه وكل عملية من تلك العمليات الانتباهية لها مركز عصبي بالمخ مسؤول عنها، ولذا فإن التعرف على مصدر التنبيه مركزه العصبي في الفصوص الخلفية للمخ بينما توجيه الانتباه للمنبه مركزه العصبي وسط المخ والتركيز على المنبه ومركزه العصبي والفص الجبهي الأيمن، وقد أثبتت الدراسات التشريعية والفسيولوجية العصبية للأفراد المصابين باضطراب الانتباه والمصحوب بالنشاط الحركي الزائد وجود انخفاض للتمثيل الغذائي لجلوكوز المخ في المادة البيضاء الموجودة في الفص الصدغي.

2- ضعف النمو العقلي:

إذ يؤثر النمو العقلي على الكفاءة الانتباهية لدى الأطفال، فكلما زاد نمو الطفل زادت كفاءته الانتباهية وتحسنت، أما إذا كان هناك صعوبات في نموه العقلي فإن ذلك يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الانتباه، وقد ينشأ نقص الانتباه نتيجة كمرجع لنقص ذكاء الطفل حيث يؤثر النمو العقلي والمعرفي للطفل على مستوى الانتباه لديه.

3- الخلل الكيميائي في الناقلات العصبية:

وتوصف الناقلات العصبية بأنها عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ باختلاف التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي لاضطراب ميكانيزم الانتباه، ولذا فإن العلاج الكيميائي الذي يستخدمه الأطباء مثل الدوبامين (Dopamine) يعمل على

إعادة التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية ومن ثم علاج اضطراب الانتباه، ولذا يطلق على ذلك اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية.

4- نظام التنظيم الشبكي لوظائف المخ:

إذا أن شبكة المخ عبارة عن قواعد كيميائية تمتد من جزع المخ حتى المخيخ وهي تعمل على تنمية القدرة الإنتباهية لدى الفرد، وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه بين المنبهات الداخلية، كما تعمل على رفع مستوى الحذر من المخاطر وعندما يختل نظام التنشيط الشبكي للمخ يؤدي ذلك لاختلاف وظائفه.

ثالثاً: العوامل البيئية:

يبدأ أثر العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب حيث يتضح ذلك فيما يلي:

1- مرحلة الحمل: إذ قد تتعرض الأم في أثناء الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين كالتعرض لقدر كبير من الأشعة أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية، خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل...

2- مرحلة الولادة: إن هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة من شأنها أن تسبب إصابة مخ الجنين أو حدوث تلف في خلاياه وأهم تلك العوامل:

1- الضغط على رأس الجنين أثناء عملية الولادة المتعسرة.

2- التفاف الحبل السري: أثناء عملية الولادة وعدم وصول الأكسجين لمخ الجنين.

3- إصابة مخ الجنين أو جمجمته: وذلك أثناء علمية الولادة.

رابعاً: العوامل الاجتماعية:

1- سوء المعاملة الوالدية.

إذا أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة والتي تتسم بالرفض الصريح أو المقنع أو الحماية الزائدة أو الإهمال أو العقاب البدني أو النفسي والحرمان العاطفي من الوالدين من شأنه أن يصيب الأطفال باضطراب الانتباه.

2- عدم الاستقرار داخل الأسرة.

إذ أن الأسرة غير مستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، وكذلك عدم التوافق الزواجي وسوء الانسجام الأسري، أو إدمان أحد الوالدين أو سفر أحدهم أو وفاته، ويترتب عنه ميول الطفل للإثارة وعدم التركيز.

3- خبرة دخول المدرسة:

إذ أنه قد تكون البيئة المدرسية الجديدة معقدة بالنسبة للطفل مقارنة بالبيئة الأسرية المنزلية، بل قد تمثل عبئاً جديداً على الطفل، تسهم الخبرات المدرسية بشكل فعال في نشأة هذه الاضطرابات من ناحية اضطراب علاقة الطفل بمعلميه الأمر الذي يؤدي لضعف ثقته بنفسه وشعوره بالخوف والفشل وتكراره.

خامساً: العوامل النفسية:

إذ توجد ببعض السمات النفسية التي تسهم في نشأة اضطراب الانتباه لدى الأطفال وبصفة خاصة في المرحلة الابتدائية، ويرجع ذلك لبعض الصراعات النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، إذ أن الدوافع والنزاعات غير المرغوب فيها تعبر عن نفسها من خلال الانحرافات السلوكية في صورة سلوك غير مرغوب فيه، وذلك مرجعه لحالة الصراع النفسي التي يعاني منها ذلك الطفل.

بعض الأساليب والطرق الوقائية والعلاجية للأطفال ذوي النشاط الزائد.

تقدم أسلوبين رئيسين كطريقتين وقائيين للحد من إصابة الأطفال باضطراب النشاط الزائد وهذا الأسلوبان هما:

1- تهيئة بيئة صحية للطفل:

أوضحت الدراسات إن الحاجة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير مباشر على مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز فيما بعد، ووجد أن الإصابة بالأمراض أثناء الحمل أو التعرض للتوتر والقلق الشديد لفترات طويلة ترتبط كلها بالنشاط الزائد لدى الطفل في السنوات الأولى من العمر.

إن البيئة الطبيعية المناسبة للجنين يمكن ضمانها عن طريق توفير نظام تغذية جيد للأم الحامل وامتناعها عن تناول العقاقير.

كذلك توفير التغذية الجيدة والحماية والاستثارة الحسية للرضيع تضمن له تحقيق أقصى قدر من النمو السوي منذ المهد.

وبما أن هناك علاقة قوية بين النشاط الزائد والبيئة الأسرية المضطربة المتمثلة في إساءة معاملة الطفل، لذا يجب تجنب أفراد الأسرة مثل هذا السلوك، والمشكلة المألوفة هي نقد الأسرة الدائم للطفل إذا كان يخالفهم في حالته المزاجية، لذا فإن بعض التقبل والتكيف لمستوى حركة الطفل الطبيعية سوف يمنع المشكلة.

2- تعليم الطفل نشاطات هادفة:

كثيراً ما يقلل الآباء من أهمية تأثير تعليمهم المستمر للطفل السلوك الهادف، فمنذ الطفولة المبكرة وما بعدها بإمكان الأبوين تعزيز الطفل إيجابياً في نشاطاته الهادفة، فالانتباه والثناء على أي إنجاز يحققه الرضيع أو الطفل في سنواته

الأولى، فالطفل الدارج سوف يقوى السلوك النشط الفعال، وفي الوقت نفسه فإن الآباء والأخوة يمثلون نماذج للقدرة على التركيز وإتمام المهام.

وإن التعليم المبكر باستخدام أسلوب الملاحظة يضع الأساس لسلوك التركيز عند الطفل، وخلال الطفولة، فإن مستوى نشاط الأهل ومن فعالية هذا النشاط تمثل نموذجاً يمكن تقليده بالنسبة للطفل الثاني، كذلك يمكن للأبوين أيضاً توضح كيفية استخدام اللغة كموجه للسلوك الهادف، كما تستخدم اللغة أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية، مثلاً (هذه لم يتم إنهاؤها بشكل مناسب لذا علي أن أصلحها).

بعض الأساليب العلاجية للأطفال ذوي النشاط الزائد:

ويمكن تحديد عدة أساليب للحد من النشاط الزائد لدى الأطفال المصابين بهذا النوع من الاضطراب وأهمها:

1- العقاقير.

2- العلاجات السلوكية.

3- طرائق الاخصائيين.

أولاً: العقاقير:

وجد الباحثين أن نسبة قدرها (1.07٪) من طلاب المدارس تعالج من حالات النشاط الزائد بواسطة العقاقير، ودراسة أخرى وجد أن (1.19٪) من طلاب المدارس يحصلون على علاج بواسطة العقاقير ذات المفعول السيكولوجي.

ومهما يكن الرقم الصحيح، فمن الواضح أن نسبة مئوية ضئيلة من أطفال المدارس هم الذين يحصلون على علاج بالعقاقير للنشاط الزائد، هذا من جهة،

ومن جهة أخرى، فإن العدد المطلق للأطفال في العام الواحد ممن يحصلون على مثل هذه الأشكال من العلاج، لا شك أنه عدد ضخم.

ومن العقاقير ذات المفعول السيكولوجي ربما كانت الأسلوب العلاجي الخارجي الأكثر شيوعاً لهؤلاء الأطفال الذين تواجه المدرسة صعوبات بالغة في التعامل معهم في مواقف الصفوف الدراسية.

ثانياً: العلاجات السلوكية:

ويتضمن استخدام الأساليب التالية:

1- التعزيز اللفظي للسلوك المناسب:

إن وجود مستوى ملائم من النشاط هو عكس النشاط الزائد، خصوصاً النشاط الهادف، ويجب الحرص على إبراز أي سلوك منتج يقوم به الطفل، وأن يمسكا الطفل وهو يعمل شيئاً بشكل جيد ليقولا له: (رائع لقد أنهيت العمل بدقة تامة)، وعندما ينجز المهام التي يكلف بها بإمكان الأبوين أن يقولا له: (كم هو جميل أنك جلست وأكملت المطلوب منك).

2- الاتفاقات:

لقد أورد هوم (Homme) القواعد الأساسية للتعاقد التبادلي، أي الاتفاق على تقديم مكافآت في مقابل السلوك المرغوب الذي يسلكه الطفل، فإذا نفّذ شيئاً تريده أنت أن يفعله فإن له بعد ذلك أن يقوم بعمل شيء يرغب في القيام به، ويجب أن يكون التعزيز متكرراً وبمقادير صغيرة وفورياً، على أن يعطى في مقابل تنفيذ المطلوب وليس لمجرد الطاعة.

ويمكن أن تحدد الاتفاقية أن السلوك الأفضل، أو إتمام مهمة محددة سوف يؤدي إلى الحصول على تعزيز أو امتيازات.

3- **نظام النقاط:**

وكما هو متبع في نظام الاتفاقية، قد يجد الآباء أن نظاماً لوضع إشارات على جدول، أو أعطاء الطفل فيشاً يكون وسيلة مفيدة لتعريف الطفل متى يكون سلوكاً مناسباً، وهذه الإشارات أو الفيش يمكن للطفل أن يستبدل بها بعض الألعاب الصغيرة أو الامتيازات الإضافية أو المشاركة في رحلة, يحصل الطفل على هذه الإشارات عندما يجلس في البيت لفترات معقولة دون أن يظهر نشاطاً زائداً، ويمكن الحصول على أثر أقوى لهذا النظام إذا كان بالإمكان جعل المعلم يستخدم الأسلوب نفسه مع الطفل في الصف.

4- **تزويد الطفل بنظام من التعليمات:**

يجب أن يعرف الطفل بوضوح ما المتوقع منه، ويجب على الآباء أن يقوموا بوصف السلوك المناسب بكل وضوح ودون غضب أو انفعال، كأن يقولا للطفل: (تنقلك من شيء لآخر قد يمنعك من إتمام هذه الصورة الجميلة). أو (استمرارك في رسم هذه اللوحة حتى تنهيها سوف يكون رائعاً).

إن استخدام التعزيز الإيجابي هو طريقة محسوسة لتوضيح ماهية السلوك المتوقع من الطفل، وثبات أسلوب الأبويين وإمكانية التنبؤ به يعطي الطفل شعوراً بالأمن والهدوء، ويجب إذن أن يتفق الأبوان مبدئياً على الاستجابة للطفل بالطريقة نفسها، وعند ذلك سيتعلم الطفل أن الاستجابات الإيجابية من كلا الأبوين سوف يتبع السلوك الهادف غير العشوائي.

5- **تنمية القدرة على ضبط الذات:**

تعتبر طريقة التحدث مع النفس واحدة من أقوى الطرق المتاحة، حيث يعلم الطفل أن يوجه سلوكه عن طريق التحدث إلى نفسه، فبدلاً من أن يتحرك

على غير هدى عليه أن يخبر نفسه ماذا يجب أن يفعل وذلك بصوت مرتفع أولاً ثم بصمت فيما بعد، كأن يقول لنفسه مثلاً (أريد أن أنهي هذه، لذا يجب على أن أنتبه وسوف ألعب فيما بعد)، كما يمكن تذكيره بأن عليه أن يقول لنفسه (قف وفكر)، وإذا ما لاحظ الأبوان سلوك نشاط زائد فإن قول جملة بلغة الطفل من مثل (إهدأ) أو (ما الذي كان يجب أن أفعله)، يعتبر أسلوباً لطيفاً للتذكير.

إن أي نشاط يتضمن مراقبة الذات يعتبر مفيداً، ومن الأمثلة على مراقبة الذات أن يربط عداد سرعة على ساعة الطفل ويطلب إليه أن يخفض عدد المسافات التي يتحركها يومياً، وقد يكون الثناء على الإنجاز وحده كافياً بالنسبة لبعض الأطفال الذين يحبون لفت الانتباه، بينما يكون من الضروري بالنسبة للبعض الآخر استخدام طرق التعزيز الموجب.

ثالثاً: طرائق الأخصائيين:

وإذا لم تنجح الطرق التي تستخدم من قبل الوالدين يمكن اللجوء إلى الطرق التي يستخدمها أخصائيوا الصحة النفسية، فقد يكون من المناسب إعطاء الطفل نوعاً من العلاج تحت الإشراف الطبي أو وصف وجبة غذائية خاصة له.

ومن طرق العلاج التي يتوقع نجاح تطبيقها مع الأطفال ذوي النشاط الزائد، الاسترخاء العضلي، وتقليل الحساسية التدريجي للتوتر، ومختلف طرق التغذية المرتدة البيولوجية مثل التنفس بعمق، وتدريب العضلات.

5- القلق:

أكدت الأبحاث التي أجريت على القلق والخوف بين الأطفال، أن نسبة شيوع اضطرابات القلق عند الأطفال العاديين تعتبر معتدلة، فقد وجد لاهي وسيمنرو (lahey and ciminero, 1980) بأن حوالي (2-3٪) من

الأطفـال يظهـرون اضـطرابات في القلـق والانسـحاب، ولقـد أشـار ميشـيل (mischel, 1971)، إلى أن الطفل القلق يظهر انفعالات ومشاعر تتمثـل في عـدم الراحة الجسمية، وعدم التنظيم في المهـارات الإدراكيـة، وحـل المشـاكل، وعنـد الامتحان يصبح متوتر الأعصاب سريع الغضب، كما يرفض المناقشة والوقـوف أمام زملائه في الصف، كما يوصف الطفل القلـق أيضـاً بأنـه خـواف، ومتـوتر، وعصبي، وحساس كما تنقصه الثقة بالنفس.

ترى نظريات القوى النفسـية (psychodynamic) أن القلـق يعتـبر مسـبباً أساسياً لمعظم الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، في حين لم يؤكد السـلوكيين على هذا الرأي، ورغم ذلك فإننا نجد أن كلاً من أصحاب نظرية القوى النفسية والسلوكية متفقان على أن الأطفال القلقـين غالبـاً مـا يطـورون نمـاذج سـلوكية متعددة ينظر إليها أنها مضطربة، وأنها مصدر لعـدم السـعادة الشخصـية، وأنهـا تعيق الوظائف العقلية والاجتماعية، وتجعل الفرد يدور في حلقة مفرغة مما تجعله غير متكيف اجتماعياً.

ويأتي القلق من حالات الضغط الـتي يتعـرض لهـا الأطفـال، ومـن عـدم القدرة على الخروج من المواقف الصعبة التي يتعرضون لها، أو عدم القدرة علـى تعديل هذه المواقف مما يؤدي إلى الشعور بالعجز وانخفاض مفهوم الذات لـديهم وقد يكون مصدر قلق الطفل هو إجبـاره علـى العـيش في أسـرة لا يشـعر أنهـا تريده، أو أن يعيش في منزل مع والد سيء الخلق.

ولقد أشـار ميلـر وآخـرون (Miller, 1972)، إلى أن الكـثير مـن حـالات القلق يمكن علاجها بنجاح، كما أن اضطرابات القلق في الطفولة مـن النـادر أن تؤدي إلى مشاكل خطيرة تؤدي بدورها إلى عدم التكيف في مرحلة الرشد.

6- الانسحاب- الانطواء:

الانسحاب سلوك يتضمن أن يكون الطالب بعيداً من الناحية الجسمية والانفعالية عن الأشخاص والمواقف الاجتماعية.

إن الطفل المنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به، فهو لا يثير الضوضاء ولا المشاكل في الصف أو المنزل، ولهذا فهو لا يعتبر في عداد الأطفال الذين يسببون مشاكل حادة للمعلم، وفي الواقع يتم نسيانه في المدرسة، كما أن كثيراً من المعلمين قد يصفونه بأنه غير قادر على التواصل، وأنه خجول، وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية، وفي تطوير علاقات مع الآخرين، إن الأفراد الانسحابيين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم، وتصرفاتهم، كما أنهم مترددون في تفاعلهم مع الآخرين، وهم منعزلين اجتماعياً، وإصدقائهم قليلون ونادراً ما يلعبوا مع الأطفال الذين هم في نفس سنهم، كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعضهم يلجأ إلى الخيال وأحلام اليقظة، وبعضهم تنمو لديه مخاوف لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطالب بمساعدة من الآخرين، لقد وصف جرين وود وآخرون (Greenwood, 1977)، نوعين من السلوك الإنسحابي وهما:

- الانسحاب الاجتماعي.
- العزل الاجتماعي أو الرفض.

يتمثل الانسحاب الاجتماعي بالأطفال الذين لم يسبق لهم أن قاموا بتفاعلات اجتماعية مع الأفراد الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.

أما العزل أو الرفض الاجتماعي فيتمثل بالأطفال الذين سبق لهم وأن قاموا بالتفاعل مع الآخرين في المجتمع ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة مما أدى إلى انسحابهم وانعزالهم.

ولقد أشار كل من كيرك وجولجر (1983) إلى أن الطفل المنسحب يميل إلى الانتماء إلى والدين لديهم مشاكل مشابهة، فالآباء سيئو التوافق يميلون إلى أن يكون لديهم أطفال سيئي التوافق أيضاً. ومقارنة بالأطفال الذين يتصفون بالنشاط الحركي الزائد والتشتت والاندفاع فإن الأطفال المنسحبين لديهم تحكم كثير بالأنا وهذا راجع إلى تحكمهم في رغباتهم وأمنياتهم، وعدم اندفاعهم، إلا أن الخطأ في ذلك هو التحكم الشديد في الأنا والتشدد، وعدم التلقائية.

7- سوء التكيف الاجتماعي:

يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها، والقيام بالأفعال التي لا يرضاها المجتمع، والاعتداء على التعليمات المدرسية أو غيرها، فالفرد غير المتكيف اجتماعياً في نزاع دائم مع القيم التي يجب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة، لقد استخدم مصطلح الانحراف الاجتماعي (socialized Delinquent) ومصطلح المريض اجتماعياً (Socipath) للدلالة على سوء التكيف الاجتماعي فالأطفال سيئي التكيف الاجتماعي يشكلون مصدر إزعاج للمعلمين في المدرسة، وللمختصين في المجتمع، وهم مصدر خطر في المجتمع خاصة إذا امتد هذا السلوك إلى مرحلة المراهقة أو الرشد، إن من الأسئلة الرئيسية التي تطرح نفسها في هذا المجال هي: هل الأطفال سيئو التكيف الاجتماعي لا يعرفون السلوك السليم؟ وهل يختفي هذا السلوك مع مرور الوقت ويصبح هؤلاء الأطفال مواطنين صالحين عند الكبر؟

للإجابة على هذه الأسئلة سنسترشد بالدراسة التتبعية التي أجراها روبنس (Robins, 1966)، حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن العديد من هؤلاء الأطفال لا تتحسن سلوكاتهم عندما يكبرون، جاء ذلك في تحليل روبنس لأداء أكثر من خمسة آلاف راشد كانوا يتلقون معالجة إكلينيكية منذ الصغر، كما قام بمقابلة حوالي (524) شخصاً ممن كانوا يتلقون معالجة إكلينيكية منذ حوالي ثلاثين عاماً عندما كانوا صغاراً وذلك في عيادة العلاج النفسي، **ولقد استخدم روبنس العناصر التالية لتشخيص هؤلاء الأشخاص:**

- تاريخ العمل.
- تاريخ الزواج.
- تناول المخدرات.
- تناول الكحول.
- السجن والاعتقال.
- المشاجرات.
- شذوذ في السلوك الجنسي.
- محاولات الانتحار.
- انعدام الدافع.
- الهروب من المدرسة.
- المشاكل المدرسية.
- الاعتماد مالياً على الغير.
- التسكع (التشرد).
- الشكاوي الجسمية.
- المحافظة على العلاقات الاجتماعية.
- عدم الشعور بالذنب.
- سلوك متهور في مرحلة المراهقة المتأخرة.

لقد كانت العينة الضابطة في دراسة روبنس مكونة من مائة راشد ممن سبق لهم أن قضوا مرحلة الطفولة في المدرسة الواقعة في الحي السكني المجاور، وقد أجريت معهم نفس المقابلة.

وجد روبنس أن حوالي (4٪) فقط من أفراد العينة الضابطة قد أظهرت خمسة من الخصائص المضادة للمجتمع في مرحلة الرشد، بينما وجد أن (45٪) من المجموعات التجريبية قد أظهرت خمسة أو أكثر من الخصائص المضادة

للمجتمع، كما أن المشاكل التي لدى المجموعة التجريبية في مرحلة الرشد لم تكن ترتبط بطبيعة المشاكل التي واجهتها في مرحلة الطفولة مع أنها كانت مشاكل شديدة ومؤثرة في سلوكهم في ذلك الوقت، كذلك فإن الأفراد الذين راجعوا العيادة النفسية أثناء طفولتهم بسبب سلوكهم المضاد للمجتمع قد أظهروا صعوبة كبيرة في التوافق في مرحلة الرشد، أما الأفراد الذين راجعوا أثناء فترة طفولتهم بسبب مشاكل متنوعة مثل حدة المزاج، والمشاكل التعليمية، وصعوبات الكلام، وغيرها من المشاكل غير الاجتماعية فإنهم لم يظهروا ميولاً مضادة للمجتمع في مرحلة الرشد بشكل كبير.

كذلك فقد وجد روبنس أن مائة راشد من المجموعة العلاجية قد تم تشخيصهم من قبل الأخصائيين النفسيين على أن شخصياتهم تعتبر مريضة اجتماعياً، وذلك بناء على التقارير المكتوبة، والمقابلات التي أجريت معهم، كما كانت طفولتهم خاوية ومشوشة، فتاريخهم حافل بالسرقات، والفساد، والتغيب عن المنزل، والاختلاط برفقاء السوء، وبالممارسات الجنسية، والبقاء خارج المنزل إلى وقت متأخر من الليل، وغير ذلك من أنماط السلوك غير السوية.

وأوضحت الدراسة أيضاً أن عدداً كبيراً من المجموعة العلاجية قد تم ضبط سلوكه في المدرسة ولكنهم تأخروا سنة دراسية واحدة وذلك لمراجعتهم المستمرة للعيادة النفسية، كما أن الكثير منهم لم يكمل الدراسة في المرحلة الابتدائية.

إن من الدلائل المزعجة في دراسة روبنس هو أن هذا النوع من المشاكل السلوكية ينتقل من جيل إلى آخر داخل الأسرة، فقد وجد روبنس أن حوالي (78٪) من الراشدين في المجموعة العلاجية التي درسها هم من المطلقين، وأن سجلهم حافل بمعدلات عالية من هجران الحياة الزوجية، وعدم الإخلاص، والإهمال، وإدمان الخمور، وذلك بمقارنة بسلوكات المجموعة الضابطة، ولهذا فإن مثل هذه السلوكات تؤثر على الأبناء وتنتقل إليهم.

8- عمالة الأطفال:

التغيرات التي مست المجتمع العربي في جميع جوانبه من جراء الأزمة المتعددة الأوجه التي عرفها أثرت مباشرة على الأسرة، التي انخفض مستواها المعيشي بسبب تسريح العمالة، الأمر الذي أدى بدوره إلى تفشي البطالة ومن ثم الفقر، الروابط الأسرية من جراء الطلاق أو فقدان الأب، وقد دفعت هذه الظروف بالكثير من الأطفال إلى مغادرة مقاعد الدراسة في سن مبكرة، لتقاسم الطفل هموم الأسرة وتحمل أعباء الحياة وسد حاجات العائلة ونفقاتها، فاقتحم الطفل عالم الشغل بشكل واسع، حتى أصبح يعتمد عليه في بعض الأحيان مورداً مالياً أساسياً.

ومن المعروف أن منظمة العمل الدولية عملت منذ تأسيسها عام (1919) على وضع سلسلة من المواثيق لمعالجة ظاهرة عمالة الأطفال منها:

- اتفاقية السن الدنيا للاستخدام في الصناعة لسنة (1919).
- اتفاقية السن الدنيا للاستخدام في العمل البحري لسنة (1920)، المعدلة سنة (1932).
- اتفاقية السن الدنيا للأعمال غير الصناعية، كمراجعة لاتفاقية سنة (1932).
- اتفاقية السن الدنيا لصيادي الأسماك لسنة (1959).
- الاتفاقية (132) لسنة (1976) الخاصة بالسن الدنيا للاستخدام التي دعت المادة (1) منها الدول إلى القضاء على عمالة الأطفال وترفيع السن الدنيا للاستخدام ترفيعاً تدريجياً يتناسب مع النمو البدني والذهني عند الأطفال، وشددت المادة (2) من الاتفاقية على أن السن الدنيا للعمل لا يقل عن (15) سنة، ولا يجوز لأية دولة خرق اعتماد (14) سنة دنيا للعمل، ونصت المادة (3) من الاتفاقية استخدام الأطفال دون (18) سنة لأي عمل يعرض صحتهم سلامتهم وأخلاقهم للخطر.

- الاتفاقية (182) الخاصة بحظر أسوء أشكال عمل الأطفال وبالإجراءات الفورية للقضاء عليها، وقد كفلت هذه الاتفاقية حماية واسعة للطفل من ست جوانب كثيرة منها:

1- منع بيع الأطفال والإتجار بهم.

2- منع العمل القصري، بما في ذلك التجنيد الإجباري للأطفال لاستخدامهم في الصراعات المسلحة.

3- منع عمل الأطفال الذي يمس بأخلاقهم، وبخاصة تلك الأعمال الموجهة لأغراض الدعارة والعروض الإباحية.

4- منع عمل الأطفال في أنشطة غير مشروعة، وبخاصة تجارة المخدرات والعمل المؤذي لصحتهم.

وهذه النصوص تمنع عمل الأطفال في سن مبكرة، كما تحظر الاستغلال الاقتصادي والاجتماعي للأطفال.

إن معظم التشريعات العربية تمنع قضايا تشغيل الأطفال دون (16) سنة، وكل مخالفة تعرض صاجها لغرامة مالية عن كل عامل، وفي حالة العود يسجن الشخص المخالف لمدة (15) يوماً إلى شهرين، دون المساس بالغرامة التي قد تتضاعف، وعلى الرغم من ذلك، تثبت الحياة اليومية في أن القواعد القانونية قليلة الفاعلية على أرض الواقع، إذ نشاهد أطفالاً بأعمار مختلفة، قد لا تزيد عن ست سنوات في بعض الأحيان، يبيعون في الطرق السريعة ما تنتجه الأسرة من خبز أو أواني تقليدية، وهناك من الأطفال من يعمل في المقاهي والمطاعم والنقل الجماعي، وورش البناء، دون أدنى حماية وبأجر زهيد لا يسد قوت اليوم.

وبوجه عام إن الطفل العربي يعاني من الأعمال الشاقة أو الاستعباد أو الاسترقاق كما هو الحال في بعض الدول، إلا أن عمله أيا يكن طبيعته يشكل

عبئاً ثقيلاً على كاهله لا ينبغي أن يحمله، بيد أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية، هي المتسبب الرئيسي في هذه الوضعية المختلة، أضف إلى ذلك التسرب المدرسي الذي يكثف سوق عمالة الأطفال.

9- الاجترارية (التوحد):

تعتبر كلمة (الاجترارية) تعريباً لمصطلح الاوتوتزم Autism كذلك فقد عربها البعض ب (التوحد)، وهي تعتبر واحدة من الخصائص السلوكية الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة، وتتمثل الاجترارية بالتمركز حول الذات، وبانشغال الطفل بذاته بصورة أكثر من انشغاله بالعالم الخارجي.

ويعد اضطراب التوحد (Autism) بمثابة إعاقة أو اضطراب تطوري نمائي عام أو منتشر، ويستخدم مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، أو عند بلوغ سن الثالثة، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في نمو الطفل اللغوي، والمعرفي، والاجتماعي، والانفعالي، والسلوكي، مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب "بالمنتشر" إلى أنه يترك آثاراً سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة.

ويرى لورد و روتر (Lord and Rutter, 1994) إن اضطراب التوحد قد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً في المجالين البحثي والإكلينيكي، وأشار كارنر إلى أن التوحد عبارة عن اضطراب يظهر منذ الولادة ويعاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من عدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين، وكذلك ضعف أو انعدام وجود اللغة لديهم

خصوصاً في مراحل العمر الأولى، وإذا وجدت فإنها تتصف بالمصادئة والترديد وتميزهم بالسلوك النمطي، ومقاومة أي تغيير في البيئة من حولهم، وضعف في القدرة على التخيل والربط، ولكنهم في المقابل يتمتعون بذاكرة قوية، ويتصفون بنمو جسمي طبيعي مقارنة مع غيرهم من الأطفال في نفس المرحلة العمرية، ونسبة كبيرة منهم يتصفون بالجمال.

وقد عرف البعض التوحد على أنه **إعاقة نمائية تظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلباً على عمل الدماغ.**

- كما عُرف التوحد على أنه: ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين في المجتمع وحتى مع أقرب الناس وهم الوالدين، والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي.

كما عرف هذا الاضطراب على أنه: **عبارة عن ضعف شديد وعجز نمائي واضح ويظهر هذا الاضطراب في السنوات الأولى من حياة الطفل.**

- وقد عرفه الكثيرون على أنه: حالة من الانسحاب والانعزال، وهما الصفتان الأكثر ارتباطاً بحالة التوحد.

فالتوحد بأعراضه وعلاماته المتناقضة هو حالة قليلة الحدوث نسبياً، وهي حالة مذهلة إلى حد أصبح معه لدى معظم الناس فكرة عن التوحد دون أن يكونوا قد مروا بخبرة مباشرة مع شخص يعاني من هذه الحالة.

والتوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بحوالي أربعة أضعاف ونسبة انتشاره قليلة، وهو يحدث لدى الأطفال من كل الشرائح الاجتماعية والعرقية.

ولقد أورد هوارد وأورلنسكي (1980)، ست خصائص تتواجد لدى الأطفال الاجتراريين وهي:

1- العجز الجسمي الظاهري:

فقد تتحرك أمام الطفل بشكل مباشر وتبتسم له، وتتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هنالك أحد، وقد لا نشعر بأن الطفل يتجنبنا أو يتجاهلنا لأنه يبدو كما لو أنه لا يشاهدنا، أو يسمعنا، وغالباً ما تشك الأم بأن طفلها أصم أو كفيف.

2- البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص الأخرى التي نلاحظها بشكل متكرر هي عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق وإظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

3- الإثارة الذاتية:

من أكثر أنواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الأطفال هو تكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين، والهمهمة وترديد ثلاث أو أربعة كلمات، أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت).

4- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:

مع أن الطفل قد لا يكون منشغلاً بأشياء يمكن أن تؤذيه وذلك عندما تقابله لأول مرة إلا أن الأهل غالباً ما يذكرون بأن الطفل يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة ينزف معها دمه، وأنه قد يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه بالحائط، أو بقطع أثاث حادة حتى تتورم رأسه ويصبح لونها

أسوداً أو أزرقاً، وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عدوانه نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصواتاً، وبعضهم يمزق الأوراق ويرمي بها من النافذة، ويسكب الماء على الأرض،.....الخ، وغالباً ما يكون الأهل عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

5- الكلام النمطي:

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقون أصواتاً بسيطة، وقد يكون كلامهم إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم، فعلى سبيل المثال، إذا وجهنا سؤالاً للطفل ما أسمك؟ فمن المرجح أن تكون إجابته ما أسمك، وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكرار النمطي مباشراً ولكنه قد يأتي متأخراً، فقد يعيد الطفل بعض العبارات التي سمعها في الصباح، أو في اليوم السابق، أو قد يقوم بإعادة الإعلانات التي يسمعها من التلفزيون وغير ذلك.

وأشار كل من دونالد وكابرولو إلى أن (60٪) من الأطفال المتوحدون تقل درجة ذكائهم عن (50٪).

6- قصور السلوك:

من أنماط السلوك الملفتة للنظر والتي يتصف بها الطفل الاجتراري أو المتوحد هو التأخر في نمو السلوك أو قصور السلوك فالطفل الاجتراري الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع سلوك الطفل العادي ذو السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات على سبيل المثال، فهو لا يمتلك منها إلا القليل، ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه، وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه قد يضعها في فمه تماماً مثل الطفل

الرضيع، وقد يضرب على الألعاب بأصابعه بشكل مستمر، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر.

7- يظهرون العديد من المشكلات مثل:

- مشكلة النوم فالنوم عندهم قلق ومتقطع وعلى فترات مختلفة ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة.
- مشكلة الشراب والأكل، فقد يشربون ويأكلون بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع، ويميلون إلى تفضيل بعض الأطعمة وتكرار أكلتها مثل حبهم للبطاطس ولا يرغبون في التنويع بها ويلجأون إلى استخدام نفس الكأس لشرب الماء والشاي والعصير.
- مشكلة السلامة، فهم لا يعرفون معنى الخوف من بعض الأمور الخطيرة كالعبور أثناء سير السيارات دون انتظار.
- مشكلة التغيرات التي تحدث في بيئته وخصوصاً التغيرات الدقيقة أو البسيطة أو الكبيرة فلا يعبأ بها.
- مشاكل إدراكية، فهم يعانون من خلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.
- نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.
- مشكلة التعميم فلا يستطيعون نقل وتعميم ما تم تعلمه من بيئته إلى أخرى.
- نقص المثابرة أو الدافعية.

ومن خصائص وأعراض التوحديين أيضاً:

1 - الفشل في التعميم الطبيعي.

2- علاقة غير طبيعية بالأشياء والأحداث ومقاومته التغيير.

3- تأخر في النمو.

4- العجز الحسي الظاهري والاستجابات غير الطبيعية للاستثارة الحسية.

5- السلوك الاستحواذي أو النمطي.

6- سلوك العزلة والمقاطعة.

7- الضحك والقهقهة بدون سبب.

8- عدم إدراك المخاطر.

ويجب الإشارة إلى وجود فروق بين الأطفال المتوحدون في الأعراض التي يظهرونها، فقد تظهر بعض الأعراض لدى الطفل ولا تظهر لدى آخر أو قد تظهر كلها، بالإضافة إلى الفرق في الدرجة أو الشدة التي تظهر بها تلك الأعراض من طفل إلى آخر، ولذلك يمكن أن نفرق بين توحد بسيط، متوسط، وشديد، فمثلاً نجد السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى أحد الأطفال المتوحدين وبشكل شديد لدرجة إيذاء الذات مثل عض اليدين لدرجة النزيف، بينما لا نجد مثل هذا السلوك لدى طفل آخر، وقد نجده ولكن ليس بنفس الدرجة.

أسباب التوحد:

لدى البحث عن الأسباب فإن حالة التوحد تتداخل مع التطور والنمو الطبيعي للدماغ، بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي ومهارات الاتصال، حيث يعاني الأطفال والكبار الذين يعانون من حالة التوحد من صعوبات الاتصال اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى صعوبات في التفاعل الاجتماعي وممارسة مهارات ونشاطات اللعب المختلفة وذلك بسبب اضطراب التوحد الذي يجعل من الصعب عليهم التواصل مع الغير وبأن يصبحوا أفراد مستقلين في المجتمع.

ولقد تعددت الأسباب التي تم إرجاعها لاضطراب التوحد وذلك للغموض الذي يحيط بها، إلا أنه حتى الآن لم يتم اعتماد أحد هذه الأسباب بشكل علمي قاطع، فلا يمكن أن ترجع حالة التوحد إلى سبب معين بحد ذاته ونقول أنه ثبت علمياً وبشكل قاطع أن هذا السبب أو ذلك مسؤول عن حدوث حالة التوحد، فحتى تاريخ اليوم لا يزال السبب الحقيقي الواقعي لحدوث التوحد غير معروف، ففي فترة الأربعينات والخمسينات سادت النظرية السيكودناميكية والتي أرجعت الأسباب في حدوث التوحد إلى الآباء، فقد أشارت العديد من النظريات إلى أن آباء الأطفال المتوحدون يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، فهم سلبيون انفعالياً، وأن هذا البرود العاطفي هو السبب في حدوث حالة التوحد، كما أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة الزوجية السلبية التي تتسم بالبرود واللامبالاة بين الزوج والزوجة، وأن محصلة تلك العلاقة هي وجود طفل متوحد، وأشارت بعض الدراسات أيضاً إلى حدوث حالة التوحد أثناء فترة الحمل، فقد قام روتر (1976) بتوجيه الاتهام إلى الأم البادرة انفعالياً والتي لا تحمل أي مشاعر أو انفعالات نحو جنينها مما ينتج عنه ولادة طفل متوحد.

وظهرت بعد ذلك بعض النظريات التي ترى احتمالية وجوداً أساس أو سبب عضوي لاضطراب التوحد، والتي حصلت مؤخراً على الكثير من الدعم من قبل العاملين في هذا الميدان، إلا أن هذه الأسباب لم يتم تأكيدها وتثبيتها بدقة، وقد قام كوندون (Kondon, 1975) بجمع العديد من الأدلة والبراهين التي تدعم وجود أسباب بيولوجية لهذا الاضطراب إلا أنه لم يتم تأكيدها علمياً أيضاً.

وفي محاولة لدعم تلك النظريات، قام الباحثون بتقديم بعض الأدلة حيث

أرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ.

وبمرور الوقت تم اعتبار التوحد كأحد أشكال التخلف العقلي على الرغم من وجود فرق كبير بين الحالتين، حيث إنه يمكن اعتبار المتخلفين عقلياً أفضل من الناحية الاجتماعية بالنسبة للناحية العقلية، أما بالنسبة للأطفال المتوحدون فالأمر معكوس.

وقد تطور اهتمام العلماء في هذا المجال للقول باحتمالية وجود خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي ينتج عنه الإصابة بهذا الاضطراب.

ويعتبر كانر (Kanner) من أول الذين بحثوا في أسباب التوحد حيث قدم نظرية البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء، حيث قال أن آباء الأطفال المتوحدون يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون من الناحية العاطفية، وفي إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح للطفل بالاتصال مع والديه بأي شكل من الأشكال.

كما قال فيرستر (Ferster) إلى أنه نتيجة للفشل في تقديم التعزيز المناسب لاستجابات الطفل المتطور المختلفة بشكل عام، فإن ذلك يقلل من فرص ظهور الاستجابات المناسبة مقارنة مع الأطفال الآخرين، والدليل على ذلك قلة الاستجابات التي يظهرها الطفل المتوحد مع البيئة من حوله، ويعود السبب إلى عدم حصول الأطفال المتوحدون على المعززات الإيجابية الكافية لتشكيل سلوكهم الاجتماعي وتعزيزه واستمرار حدوثه وما ينتج عن ذلك من عدم تعلم الطفل لأشكال السلوك الاجتماعية المختلفة.

وقد أرجع البعض السبب في حدوث التوحد إلى دور التنشئة الأسرية غير

السليمة، فقد أشار بيتلهايم (Betleheime) إلى أن عدداً كبيراً من المصابين بحالة التوحد جاءوا من أسر اتسمت بالتنشئة الأسرية غير السلمية، حيث كانت العلاقة بين الوالدين والابن وخصوصاً الأم تتسم بالبرود واللامبالاة خصوصاً في الأشهر والسنوات الأولى من عمر الطفل واتسمت تلك العلاقة باعتماد مبدأ القوة ورفض العاطفة، ما دعا الأطفال لاستخدام سلوك التوحد كوسيلة دفاع وردة فعل لدى عدم قبوله عاطفياً من قبل الوالدين.

ويمكن تقسيم الأسباب التي يعزى لها اضطراب التوحد إلى ما يلي:

أولاً: أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

وجد العالمان دايكن وماكملان (Dyken and Macmalan) أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين، مثل حالات النزيف التي كانت تصيبهم خصوصاً بعد الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازما أثناء الحمل.

كما أشار شيز (Chees) إلى أن نسبة حدوث حالة التوحد أعلى لدى الأمهات الذين يتم حقنهم بمطعوم الحصبة الألمانية أثناء الحمل مقارنة مع الأمهات الذين لا يتم حقنهم بهذا المطعوم.

وقد أشار كالفن (Calvin) إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (الخداج) والعملية القيصرية كطريقة للولادة.

كما أشار لاباشير (Labascher) إلى وجود بعض التعقيدات بالحمل والولادة في حالات الأطفال المتوحدون.

ولقد أشار جينو (Geno) إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى اسر الأطفال المصابون بالتوحد، وقد أشار إلى

كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال مما قد يشير إلى أسباب مناعية أو متعلقة بالمناعة.

كل تلك الدراسات وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعزى إليه حدوث حالة التوحد.

ثانياً: الأسباب الوراثية أو الجينية.

أشارت العديد من الدراسات إلى الأسباب الجينية التي ركزت على دراسة الكروموسومات خصوصاً في حالات ولادة التوائم المتطابقة والمتشابهة، حيث أجريت ثلاث دراسات في مجال التوائم، اثنتان منها تم إجراؤها في بريطانيا والثالثة تتم إجرائها في اسكندنافيا، وتبين من نتيجة الدراسة أن معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة) يتراوح من (36-91٪)، في حين اختلفت هذه النتيجة في التوائم من خليتان منفصلتان (المتشابهة) حيث تراوحت من (صفر- 10٪).

بالإضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود وماندل (Judd and Mandell) حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون (100٪) في حالة إصابة أحدهما باضطراب التوحد، والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير في الجينات والكروموسومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي احتمالية تعرضهم لهذا الاضطراب أكثر من التوائم المتشابهة.

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن حالة التوحد تكثر في الأسر التي تميز تاريخها بوجود مثل تلك الحالات.

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (1985)، وجدوا أن العامل الوراثي الجنسي الذكري الهش أعلى في حالات التوحد وقد تصل إلى (16٪) في

حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلاجيست (Blamguist) إلى نفس النتيجة.

كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح من صفر إلى (16٪) في حالات التوحد، وقد أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي المتنحي فينال كينونيوريا (PKU) وحالات التوحد.

وحتى الآن لم يتم تأكيد تلك الأسباب بشكل علمي قاطع وذلك لصعوبة إجراء التجارب والأبحاث على الجينات البشرية بالإضافة إلى قلة نسبة المصابين بهذا الاضطراب.

ثالثاً: الأسباب البيئية والعضوية (العصابية):

تتجه العديد من الدراسات والأبحاث الحالية في مجال البحث عن الأسباب لحالة التوحد إلى الربط بين حالة التوحد والاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ.

فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ مثل اختبار (MRI-Magentic) أظهرت اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد بعض العلماء مثل بومان وكامبر (Bauman and Kamper, 1985) وغيرهم وجود ضمور في حجم المخيخ خصوصاً في الفصيصات الدورية (Vermis) رقم ستة وسبعة، وقد يصل هذا الضمور إلى (13٪) من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابون بالتوحد مع وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب لحالة التوحد.

وفي العديد من الدراسات الأخرى لم يتم الإشارة إلى وجود أي ضمور أو أي شذوذ في تركيب الفصوص المخية أو في الجسم المتصلب أو في الجذر العصبي

أو العقدة القاعدية أو البطينين الجانبيين وقد تم إثبات ذلك بواسطة التشريح أيضاً.

وقد وجد أن فحص الرسم الكهربائي (E.E.G) في حالات التوحد يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (20-65٪) في الحالات، وكذلك زيادة في نوبات الصرع خصوصاً عندما يتقدم الطفل في العمر وقرب عمر المراهقة في حوالي (30٪) من هؤلاء الأطفال، وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي، والتصلب الدرني والحصبة الألمانية الولادية.

وقد أرجع البعض السبب إلى وجود خلل في النظام البيولوجي للفرد مما ينتج عنه الإصابة باضطراب التوحد، إذ لوحظ تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية والمعرفية والسلوكية، كما أشار البعض إلى الأسباب البيئية بصفتها عامل أساسي وراء حدوث العديد من حالات التوحد.

ولقد أشارت بعض الدراسات إلى دور الحوادث والصدمات البيئية المختلفة والتي تصيب الرأس وما ينتج عن ذلك من خلل في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي حدوث حالة التوحد، إذ لوحظ وجود تشابه في الأعراض بين الاختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية والمعرفية والسلوكية.

وفي دراسة لأريكسون (Aricksn) أشار إلى أن النسبة ترتفع في حالات الولادة العسرة أو المعقدة، حيث تزيد احتمالية ولادة طفل متوحد.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم لاعتبارها مسبباً في حدوث حالة التوحد.

تشخيص التوحد:

إن التوحد يعرف سلوكياً، فليس هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه، مع أن الاختبارات يمكن لها أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى، ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل فرد، وبوجه عام، كلما زادت الاستجابات التوحيدية التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالات التوحد.

على أن التشخيص الصحيح ليس أمراً سهلاً، ويجمع معظم الخبراء على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات، ويشمل الفريق متعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معاً لتشخيص الحالة، وغالباً ما يشمل الفريق الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف التوحد، أخصائي قياس تربوي، أخصائي علاج نطقي، أخصائي قياس سمعي، وربما أخصائي اجتماعي، ويلعب الوالدان دوراً حيوياً في عملية التشخيص وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري للطفل وأنماطه السلوكية.

ولأن التوحد اضطراب يعرف سلوكياً، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة وأوضاع متنوعة، زادت احتمالات تشخيص التوحد بشكل صحيح، ويقيناً أن ذلك أفضل من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص.

ولتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضاً الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل، وتعرف عملية مقارنة الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التي تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بعملية (التشخيص الفارقي) والتخلف العقلي، والاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم

وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد، كذلك يجب فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينل كيتون يوريا (PKU) ومتلازمة الكروموسوم الهش حيث يصاحب هذان الاضطرابان التوحد في بعض الحالات.

وتبعاً لدليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية فإن التوحد هو أحد أشكال (الاضطرابات النمائية العامة)، ويقدم الدليل ستة عشر معياراً لتشخيص التوحد، وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات هي:

أ- قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

ب- قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

ج- إظهار مدى محدود جداً من النشاطات والاهتمامات، كذلك يجب أن تظهر هذه الأعراض من مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، أما المعايير الستة عشرة فيتم توظيفها على النحو التالي:

(يجب توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة أدناه، وهذه المعايير يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من الفئة (أ) وفقرة من الفئة (ب) وفقرة من الفئة (ج) ولا يعتبر المعيار متحققاً إلا إذا كان السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل).

الفئة (أ):

قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة يعبر عن نفسه كما يلي:

1- عدم الوعي بوجود أو بمشاعر الآخرين (يعامل الأشخاص وكأنهم أثاث، لا يشعر مع الشخص الذي يبدو عليه الضيق، لا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

2- لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة أو أنه يعبر عن تلك الحاجة بطرق شاذة (فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضاً أو عندما يتعرض للأذى أو للتعب، أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأنه يقول كلمة ما بشكل متكرر عندما يؤذي).

3- لا يقلد الآخرين أو أن لديه قصوراً واضحاً في علمية التقليد (فهو لا يلوح بيده مودعاً، ولا يقلد نشاطات الأم في المنزل أو يقلد الآخرين بطريقة ميكانيكية).

4- لا يعلب لعباً اجتماعياً أو أنه يعلب بطريقة شاذة (لا يشارك بنشاط في الألعاب الجماعية، يفضل أن يلعب وحده، يستخدم الأطفال الآخرين في اللعب كأنهم أدوات).

5- قصور كبير في القدرة على بناء علاقات صداقة (لا يبدي أي إهتمام بالصداقة، يبدي عدم مقدرة على فهم أصول التفاعل الاجتماعي).

الفئة (ب):

قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي على النحو التالي:

1- لا يتواصل مع الآخرين وإنما يصدر أصواتاً غير مفهومة،ولا يظهر تعبيرات وجهية أو إيماءات مقبولة.

2- يتواصل بطرق غير لفظية شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، تشنج عندما يقترب منه الآخرون، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه ولا يبتسم له، لا يرحب بالوالدين أو بالزوار، يحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

3- غياب النشاط التخيلي كلعب أدوار الراشدين مثلاً، أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات، وعدم الاهتمام بالقصص التي تدور حول الأحداث التخيلية.

4- إخراج الكلام بطرق شاذة سواء من حيث حدة الصوت، أو علوه، أو معدله.

5- اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي (مثل التكرار الميكانيكي لدعايات التلفزيون أو قول (أنت) بدلاً من (أنا) أو التكلم عن أشياء ليست ذات علاقة بالموضوع).

6- قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم امتلاك الطفل مقدرة على الكلام (مثل التحدث عن نفس الموضوع على الرغم من عدم استجابة الآخرين).

الفئة (ج):

ذخيرة محدودة جداً، من النشاطات والاهتمامات تظهر من خلال:

1- الحركات الجسمية النمطية (مثل ثني اليدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك).

2- الانشغال بشكل متواصل بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء، أو تحسس ملمس الأشياء بشكل متكرر)، أو التعلق بأشياء غير اعتيادية (مثل الإصرار على حمل قطعة قماش وخيط.. الخ).

3- الإصرار بطريقة غير معقولة على إتباع نفس النمط في النشاطات (مثل الإصرار على إتباع نفس الطريقة دائماً عند التسوق).

4- الانفعال الشديد عند حدوث تغيرات بسيطة في البيئة (مثل تغير مكان الكرسي في الغرفة).

5- مدى محدود جداً من الاهتمامات أو الانشغال بشيء معين على الدوام (مثل الاهتمام فقط بوضع الأشياء فوق بعضها البعض).

الفئة (د):

يجب أن يكون الاضطراب قد ظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر:

اضطرابات أخرى تشترك مع التوحد ببعض الخصائص العامة:

1- متلازمة اسبرجر (Asperger Sundrome):

تشمل أعراض هذه المتلازمة قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، معظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية.

2- متلازمة الكروموسوم الهش (Fragile Syndrome):

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X)، معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط إلى متوسط، غالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية، وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.

3- متلازمة لاندو كليفز (Landuu Kleffner syndrome):

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من

العمر، ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، غالباً ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم، هناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة، من الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري، وقصور المهارات الحركية.

4- متلازمة موبياس (Syndrome Mobius):

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي (بما فيها شكل عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية)، ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.

5- متلازمة رت (Rett Syndrome):

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات، أعراضها تتمثل بعدم القدرة على الكلام، وفقدان القدرة على استخدام اليدين إرادياً.

6- متلازمة سوتوس (Sotos Syndrome):

تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد، صغر الرأس، قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري، والدوران في نفس المكان.

7- متلازمة توريتي (Tourette Syndrome):

يتصف بالعّرة (الحركة اللاإرادية) كما في رمش العين وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة، غالباً ما يعاني الطفل أيضاً من القلق وعدم القدرة على التركيز.

8- متلازمة وليامز (Williams Syndrome):

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي، والحساسية المفرطة للصوت، وهز الجسم، والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية.

برامج تعليم الطلاب التوحديين:

نوع البرامج الذي يعتبر الأفضل والأنسب بالنسبة للأطفال يعتمد على احتياجاته، ولكن حصول الآباء على بعض المعلومات عن أنواع البرامج المختلفة ربما يساعدهم على اتخاذ القرار بشأن البرنامج المناسب لطفلهم، وفي جميع الأحوال فإن خصائص البرنامج المناسب ربما ساعد الآباء في تحديد مميزات وعيوب البرامج التي يضعونها في اعتبارهم أو التي يختارون من بينها أهداف الخدمات التربوية للأطفال التوحديين.

تشمل الأهداف التربوية للأطفال التوحديين المجالات التالية:

1- المعرفية والاجتماعية.

2- التواصل اللفظي وغير اللفظي.

3- المهارات التكيفيه.

4- زيادة الكفاءة في الأنشطة الحركية.

5- تعديل الصعوبات السلوكية.

استخدام العلاج السلوكي (تعديل السلوك) في إعاقة التوحد

يركز برنامج تعديل السلوك على تحفيز السلوك الايجابي عند الطفل لحثه على إبداء المزيد منه، وهذا أمر صعب جداً عند التوحديين، إذ أنهم يجدون صعوبة كبرى في إدراك وتفهم المبادئ العامة للتواصل الاجتماعي السليم،

فالطفل التوحدي يتصرف بشكل يواصله إلى تلبية احتياجاته هو دون ربط ذلك باحتياجات الغير (أي أنه لا يبالي بإرضاء الآخرين أو بالحصول على مكافأة لأنه قام بشيء يرضي الآخرين). لذلك فإن الخطوة الأولى في برنامج تعديل السلوك للطفل التوحدي هي معرفة ما هي الأشياء التي يفضلها الطفل على غيرها (نوع معين من المأكولات، لعبة معينة، عصير الفاكهة...)، واستخدامها بشكل منظم كلما قام الطفل بتصرف إيجابي يربطها مع (حافز اجتماعي) (بطل، شاطر، أنني مسرور جداً منك) على أن يُخفف تدريجياً الاعتماد على الحوافز المادية ويبقى الاعتماد على الحوافز الاجتماعية، أما بالنسبة للتصرفات السلبية التي يظهرها الطفل التوحدي في الكثير من الأحيان (الصراخ، إلقاء نفسه على الأرض، ورفضه النهوض، الهروب خارج الصف، تحطيم الألعاب الموجودة في الغرفة، فهناك بعض الأساليب المطروحة من قبل الخبراء مثل التجاهل، أو عدم إعارة الانتباه للسلوك السيئ، والإلتفات الفوري لأي سلوك إيجابي يقوم به الطفل بالمقابل، وإزالة مصدر الإثارة السلبية من أمام الطفل، وتبديله فوراً بنشاط أو مثير قد يحثه على التصرف الإيجابي.

البرامج العلاجية المساندة:

توجد أساليب التدخل التي تعمل على التخفيف من حدة إعاقة التوحد في بعض الحالات، وهذه الأساليب ليست علاجاً للتوحد، وإنما دورها مساندة البرامج التربوية والسلوكية لأطفال التوحد، ومن هذه الأساليب:

1- الحمية الغذائية:

2- جرعات هرمون السكرتين.

3- العلاج بالفيتامينات (خاصة B b + مغنيسيوم).

1- الحمية الغذائية:

لقد بين بول شاتوك (Paul Shuttoch) إلى أن أساس اضطراب التوحد يحدث نتيجة تأثير الببتايد (Peptide) (وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم)، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء عملية أيضية لبعض أصناف الطعام وخاصة الكلوتين (Cluten) (بروتين من القمح ومشتقاتها الكازين (Casien)، بروتين من الحليب ومشتقاته)، وحيث يحدث تأثير تحذيري على التوصيل العصبي، ووجود هذا التأثير التحذيري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي، يحدث اضطراب في أنظمته، وينتج عن ذلك اضطرابات في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة والقناة الهضمية.

كما يشير هذا الاتجاه إلى احتمال أن يكون للتطعيمات التي تعطي للأطفال دور في حدوث اضطرابات التوحد، حيث يذكر آباء أطفال التوحد حدوث تغيرات على أطفالهم بعد التطعيم بأيام وأحياناً بساعات محدودة.

ويقترح المؤيدون لهذه النظرية برنامجاً غذائياً خاصاً بأطفال التوحد يكون خالياً من الكلوتين والكازيتين، بعد فحوصات مخبريه للبول المعرفة مستوى الببتايد المحددة، حيث أن الحمية الغذائية المناسبة، تساعد الكثير من أطفال التوحد على تحسن بعض المظاهر السلوكية لديهم، مما يجعلهم أثر قابلية للتعلم والتدريب.

2- جرعات هرمون السكريتن:

أشار وارنر (Warner, 2000) أن من أساليب التدخل العلاجي التي قد تحدث تحسناً عند الإصابة بالتوحد، إعطاء جرعة واحدة فقط من هرمونه السكرتين، وينصح غيره باستخدام السكرتين والسيريناد (Secreeten and Serenaid) كثنائي علاجي لما لهما من آثار ايجابية على

الحالات التي تعاملوا معها، حيث تبين أن تأثير الجرعة الواحدة من هذا الهرمون يستمر (3) أشهر أو سنة، وينصح الأطباء بعدم استخدام الجرعة الثنائية قبل مضي (3) أشهر من تاريخ أخذ الجرعة الأولى.

ويعد التواصل البصري لطفل التوحد، من أهم المؤشرات التي توضح أن التدخل العلاجي لجرعة من هرمون السكريتن له آثار علاجية، إضافة إلى أن طفل التوحد يمكنه نطق بعض الكلمات أو العبارات، التي لم تكن لديه القدرة على التحدث بها من قبل.

3- العلاج بالفيتامينات:

في معهد أبحاث التوحد بجامعة كاليفورنيا، يعتبر رملاند (Rimland) أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات والمغنيسيوم لتعديل سلوك وأعراض التوحد.

وقد تبين في تجارب رملاند أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في الأغذية العادية، وهذه الجرعات الإضافية من فيتامين (Bb) جرعات تتراوح ما بين (30-300 ملغم)، وجرعات إضافية من المغننيسيوم جرعات يومية ما بين (350-500 ملغم)، عندما تضاف إلى الوجبات الغذائية لأطفال التوحد حيث تبين أن (30٪-50٪) من هؤلاء الأطفال يتحسن سلوكهم في الجوانب التالية:

1- التواصل البصري.

2- تحسن في عادات النوم.

3- الانتباه.

4- التحدث.

5- استخدام الكلمات.

ارشادات عملية للتعامل مع الطفل التوحدي

علينا أن نتذكر أن الطفل التوحدي هو طفل يحتاج مثل كل الأطفال، إلى أسرة تحضنه وأمان وإرشاد، كما يحتاج إلى الفرص الملائمة لتطوير مهاراته وطاقاته، إن خلق هذه الفرص يعتمد **أولاً:** على معرفة دقيقة لخصائص شخصيته وتأمين الظروف المناسبة لتسهيل عملية إبراز مهاراته، **وثانياً:** الاطلاع المستمر على المناهج والأساليب العلمية التي برهنت عن فعاليتها في تطوير قدرات الأطفال التوحديين.

هذا وهناك بعض الإرشادات العامة التي نود توجيهها للأهل كما للمعلمات المشرفات على تدريب الطفل التوحدي في البيت كما في المدرسة أو المعهد المختص، **وفيما يلي تلخيص لأهم هذه الإرشادات:**

1- المحافظة على جدول يومي ثابت للنشاطات، وتجنب التغيرات المفاجئه، وإذا كان لابد من إجراء بعض التعديلات على هذا الجدول، يجب العمل على ذلك بشكل تدريجي لا يحدث أية بلبلة أو انزعاج عند الطفل.

2- في الفترة الأولى من العلاج السعي على تأمين شخص واحد يكون هو المرجعية الأساسية في حياة الطفل، وذلك لتسهيل عملية بناء علاقة ثقة وأمان بين الطفل وهذا الشخص.

3- معرفة الطفل معرفة عميقة ودقيقة، أي معرفة الأشياء التي يحبها ويرغبها، الاشياء التي تبعث في نفسه نوعاً من الطمأنينة، وكذلك الأشياء التي يبغضها أو التي تزعجه وتقلقه أو حتى تخيفه، من خلال هذه المعرفة

للطفل، يستطيع المشرف (الأهل أو المعلمة) إنشاء علاقة وطيدة ومميزة معه.

4- إن المرحلة الأولى من الخطة العلاجية للطفل التوحدي هي المرحلة الأساسية التي يتم من خلالها وضع الأهداف التربوية المتلائمة مع احتياجاته ومع قدراته، على أن يقام بمراجعة هذه الأهداف بعد فترة زمنية عبر تقييم تطور الطفل، **وهذه الأهداف تتلخص كالتالي:**

1- تنمية الإدراك الاجتماعي (التدريب على إقامة علاقة ثنائية مع شخص آخر، التدريب على المبادئ الأساسية للحوار مع الغير، التدريب على المشاركة الناشطة في اللعب...).

2- التدريب على الاستقلالية في الحياة اليومية (وضع خطة تدريبية واضحة في هذا الإطار مع أهداف تتلاءم مع عمر الطفل وقدراته، فمثلاً لا يجوز أن ندربه على ربط حذائه، إذ لم يكن يتمكن بعد من ارتداء معطفه من دون مساعدة).

3- تطوير قدراته على التركيز والانتباه (عدم استخدام نشاطات تتطلب تركيزاً طويلاً بل اختيار وظائف سهلة ليستطيع الطفل انجازها بسرعة وحفز فوراً لإنجازه ومن ثم التدريج إلى وظائف تتطلب تركيزاً أكثر ووقتاً أطول مع استخدام المكافأة الفورية لكل خطوة إيجابية يقوم بها الطفل نحو تحقيق الهدف التكاملي).

4- تطوير القدرات النفسية الحركية (مساعدة الطفل على اكتساب "صورة جسدية" سليمة من خلال تمارين منتظمة تركز على تنمية إدراك الطفل

لجسده ووظائفه وتنظيم إيقاعه الداخلي، وتوجيهه المثالي، وإدراكه الزمني، وضبط الحركة الزائدة عنده وتشتت الانتباه).

هذا ونعود ونذكر الأهل بأهمية التثقيف الذاتي والاطلاع المستمر على كل ما يتعلق بالتوحد، فالعلم يتقدم بسرعة، وكذلك الأبحاث الطبية التي تقدم لنا باستمرار معلومات مهمة وقيمة يجب أخذها بعين الاعتبار في وضع خطة علاجية لأولادنا.

الوحدة الخامسة

مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية

الوحدة الخامسة

مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية

- مقدمة.
- أولاً: السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن:

1- القلق.

2- الخوف (الرهاب).

3- تدني اعتبار الذات.

4- الاكتئاب وإيذاء الذات.

5- الحساسية الزائدة.

6- الأفعال القهرية.

7- الخجل.

ثانياً: اضطراب العادات:

1- مص الإصبع.

2- قضم الأظافر.

3- التبول اللاإرادي.

4- اضطرابات النوم.

5- مشكلات الأكل.

الوحدة الخامسة

مشكلات الأطفال السلوكية الانفعالية

الانفعالات في حياتنا اليومية

يتعرض كل فرد في حياته إلى مواقف متعددة تسبب لـه انفعـالات مختلفـة تؤثر على سلوكه وعلى طريقة تفكيره، وفي حياتنا نوعان من الانفعالات:

النوع الأول: الانفعالات الإيجابية وهي تلك الانفعالات الـتي تشـيع فينـا الرضا والارتياح والسرور، **أما النوع الثاني**: فهو الانفعالات السلبية وهي تلـك الانفعالات التي تشيع في نفوسنا الكدر أو الغضب أو أي إحسـاس بالانقبـاض. والإنسان بطبيعته يتقلب بين هذين النوعين من الانفعالات فمن غير المعقـول أن يبقى الفرد تحت تأثير نوع واحد من هذين النوعين من الانفعالات.

إن تأثير الانفعالات- وخاصة السلبية منها- على السلوك وطريقة التفكير يختلف من فرد إلى آخر. فـالفرد العـادي المتمتـع بالصـحة النفسـية يـتمكن مـن استيعاب انفعالاته والتعامل معها بشكل سوي وبفاعلية، أما الفـرد غـير القـادر على التكيف لا يسـتطيع السـيطرة علـى انفعالاتـه ويعجـز عـن التعامـل معهـا بفاعلية، فتبدأ تلك الانفعالات الحادة القوية بالتأثير على تفكيره وبالتـالي علـى سلوكه، فتحد من قدرته على التكيف مع مواقف الحيـاة اليوميـة، وهـذا بـدوره يجعله مختلفاً عن الآخـرين فيوصـف بالمضـطراب انفعاليـاً، وهـذا الأمـر يشـمل الراشد والطفل على حد سواء. فالأطفال يتعرضون لمواقـف مختلفـة سـواء كـان ذلك في نطاق البيت أو المدرسة أو المجتمع ومؤسساته المختلفـة، وهـذه المواقـف تخلق لدى الطفل انفعالات منها الحسن ومنها السيئ.

إن الانفعالات تأتي من أحد عاملين أو عنهما جميعاً: العامل الأول وهو داخلي عضوي يتعلق بالجهاز العصبي وإفرازات الغدد الصماء للهرمونات ومدى ما يحققه ذلك الإفراز من اتزان هرموني للجسم ومدى كفاية كل هرمون لحاجات الجسم وعدم زيادة إفرازه عن الحد المطلوب ونحو ذلك من اعتبارات جسمية وجدانية.

أما العامل الثاني فهو عامل خارجي يتعلق بالأحداث الخارجية التي تؤثر على الشخص في أحاسيسه المتباينة إنْ بالرضا أو السخط، وإنْ بالفرح أو الكدر وإنْ بالانبساط أو بالانقباض ونحو ذلك من حالات وجدانية.

من هو الطفل المشكل:

إن الطفل المشكل هو الطفل الذي نمت لديه اتجاهات خاطئة نحو ما يحيط به، نحو الأسرة أو المدرسة، نتيجة لظروف معينة أو نتيجة أخطاء تربوية يقع فيها الأهل أو المربين، والمشكلات السلوكية لدى الأطفال متنوعة مثل مشكلة التبول اللاإرادي، الكذب، مشكلة النظام، قضم الأظافر، ومص الإبهام، فقدان الشهية، العدوانية، الغيرة، الخجل، المخاوف، إيذاء الذات...الخ.

يمكن اعتبار سلوك الطفل المشكل من الشدة والبعد عن السواء بحيث يحتاج إلى مساعدة متخصصة؟ تقول أنا فرويد (anna fread) التي تتابع أعمال والدها سيجموند فرويد "إن تحديد الخط الفاصل بين الصحة العقلية والمرض هو أصعب في مرحلة الطفولة من المراحل اللاحقة" إن الفرق بين السلوك السوي وغير السوي هو فرق في الدرجة أي في مدى تكرار السلوك، الذي يؤدي إلى حدوث مشكلة الطفل أو الأهل أو المجتمع فإذا كان عدم الارتياح الناتج عن

السلوك بالنسبة للطفل أو الآخرين يتكرر باستمرار أو كان شديداً بطبيعته أصبح من الضروري الحصول على إرشاد نفسي متخصص أو علاج نفسي للطفل وللأسرة.

وكلما زاد ما يظهره الطفل من سلوك غير سوي وكان سلوكه لا يتناسب مع عمره، وكلما مر عليه فترة زمنية أطول، وزادت مقاومته للتغير كلما دل ذلك على الحاجة إلى مساعدة متخصصة لحل المشكلة.

بالإضافة إلى هذه المشكلة واستمراريتها ومقاومتها للتغير فإن هناك ثمة دلائل محددة يجب الانتباه إليها تشير إلى إن الطفل يعاني من مشكلات نفسية جدية، وهذه الدلائل هي:

1- قلق مزمن ومستمر، أو خوف مسيطر على الطفل لا يتناسب مع الواقع.

2- أعراض اكتئاب مثل فقدان الاهتمام المتزايد والانسحاب وتجنب الناس.

3- تغير مفاجئ في مزاج الطفل أو سلوكه بحيث يبدو مختلفاً تماما عما كان عليه.

4- اضطراب في النوم، كأن ينام الطفل أكثر من المعتاد، أو يفقد القدرة على النوم، أو يصبح نومه قلقاً، أو يعاني من الكوابيس، أو من الصحو المبكر وعدم القدرة على النوم.

5- اضطرابات الشهية، كفقد الشهية أو زيادة الوزن العائد إلى الإكثار من تناول الطعام أو أكل القاذورات أو التراب.

6- اضطرابات في الوظائف الجنسية كالاتصالات غير المشروعة أو التعري أو الإفراط في ممارسة العادة السرية.

مشكلات الأطفال السلوكية:

إن المشكلات السلوكية لدى الأطفال متعددة ومتنوعة وسوف نتناول هنا بعض المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الطفل بشيء من التفصيل والتحليل موضحين أسبابها وبعض الإرشادات لمعالجتها.

أولاً: السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن:

1- القلق

يعرف العصر الذي نعيش فيه بأنه (عصر القلق) ويذكر العديد من الباحثين أن القلق يعد مشكلة:

أيضاً: هو حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها. فالقلق يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع.

الأعراض الرئيسية للقلق:

يصف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الخاص الرئيسية للقلق كما يلي:

1- التوتر الحركي (التفكير الوسواسي) كما يدل عليه أن يصبح الفرد قفازاً وكاباً متحفزاً متغيراً فجأة مرتجفاً مرتعدا، غير قادر على الاسترخاء.

2- النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل والتقلصات اللاإرادية، كما يظهر ذلك في الدوار أو الدوخة، والقلب المتسارع، وزيادة إفراز العرق، صعوبات التنفس.

3- يتوقع الشر ويترقب ما يخيف، ويتضح ذلك في إجترار الأفكار.

4- التيقظ والتحفز وزيادة الانتباه.

5- التهيج والبكاء والصراخ وسرعة الحركة والتفكير الوسواسي.

6- الأرق والأحلام المرعبة.

7- فقدان الشهية.

وهناك باحثين حصروا أعراض القلق في الأعراض الجسيمة (الفسيولوجية) وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللزمات العصبية الحركية مثل اختلاج الفم، فتل الشارب، مص الإبهام، قضم الأظافر، رمش العينين...الخ، الصداع المستمر، وتصبب العرق، الشعور بضيق الصدر، والدوار والقيء، واضطراب النوم وكوابيس، وزيادة إفراز الغدد.

هذه الأعراض قد لا يشعر بها الفرد، وفي هذه الحالة يظهر الجسم كأنه يعمل لمواجهة الظروف الجديدة، مثلا تفرز الغدد الأدرينالين مزيدا من الإفرازات في حالة القلق لتنبه الجهاز العصبي كي يستطيع مواجهة الخطر، ولتمد الجسم بمزيد من الطاقة التي تصرف في الحركات المصاحبة للقلق.

المؤثرات على شدة القلق:

1- إن الخبرات المؤلمة والخطر المسبب للقلق في الطفولة ترتبط بمستوى القلق.

2- والمدركات، إن التحكم بالأفكار والمدركات هذه يقلل من القلق وتساعد الناس على التعامل مع الضغوط أيضاً.

3- إن مساعدة الإفراد في التحكم في مخاوفهم غالباً ما يقلل من القلق، فإذا أعد المريض للجراحة قبل إجرائها فإنه يتأقلم بسهولة أكثر.

4- آثار القلق على التعلم، إن كثير من الطلبة القلقين يقولون أنهم عجزوا أو تعثروا في الإجابة على الاختبارات ولم يستطيعوا استرجاع المعلومات التي يعرفونها، فالقلق يؤثر في التعلم على مراحل مختلفة.

5- هناك عدد من الوسائل التي قد تساعد الطلاب القلقين على التعامل مع التوتر ومنها الإعداد المسبق للامتحان.

6- هناك تأثير من القلق على الصحة فهو يزيد من إفراز الأدرينالين التي تتلف الأعضاء وتؤدي إلى الآلام في الرأس والأنف وارتفاع درجة الضغط وقرحة المعدة.

الأسباب:

1- فقدان الشعور بالأمن:

يمثل عدم الشعور الداخلي بالأمن سبباً رئيسياً للقلق فالقلق المزمن هو نتيجة انعدام الشعور بالأمن والشكوك حول الذات، وفقدان الشعور الداخلي بالأمن هو نتاج مجموعة من العوامل هي:

أ- عدم الثبات: إذ أن تقلب الآباء والمدرسين في التعامل مع الطفل يؤدي إلى حالة من التشويش والقلق لدى الطفل فتصبح الحياة بالنسبة له سلسلة من الحوادث المخيفة التي لا يمكن التنبؤ بها.

ب- الكمال الزائد: إن توقع الراشدين للكمال يؤدي إلى ظهور استجابات القلق لدى الكثير من الأطفال ومع أن بعض الأطفال المرفعي التحصيل أو اللامبالين يمكن أن يتجنبوا حالة القلق الناتجة عن عدم الوصول إلى مستوى توقعات الكبار، نجد أن بعضهم الآخر يطور حالة من الاضطراب والتوتر نتيجة عدم الوصول إلى مستوى التوقعات ومشكلة القلق في هذه الحالات تنتج عن أن المعايير مرتفعة جداً والكبار لا يبدون راضين عن أي شيء.

ج- الإهمال: يؤدي غياب الحدود الواضحة إلى شعور الأطفال بعدم الأمن، فيشعرون وكأنهم مهجورون ضائعون ويظهر مثل هؤلاء الأطفال وكأنهن يبحثون لدى الراشدين عن حدود لسلوكاتهم، ويتصرف بعضهم وكأنه يرغب في أن يعاقب حيث يجد في العقاب طريقة للتعرف على استجابات الراشدين بشكل واضح.

د- النقد: إن النقد الزائد يؤيد إلى حالة من الاضطراب والتوتر لدى الطفل إذ يشعر بالشك في ذاته ويتوقع أن يكون موضع نقد وفي هذه الحالة فإن أي مواجهة أو كشف للذات يمكن أن يؤدي إلى شعور شديد بالقلق وخاصة عندما يعرف الأطفال بأنهم سوف يكونون موضع تقييم أو حكم بطريقة

ما، وهكذا يصبح التحدث أمام الآخرين أو تقديم الامتحانات أو اللعب مثيراً للشعور بالقلق.

هـ- الثقة الزائدة من قبل الراشدين: إن قيام الراشدين بائتمان الأطفال على أسرارهم مفترضين أنهم يمتلكون نضج الكبار، وتحميل الأطفال أعباء كهذه قبل الأوان يولد لديهم القلق، فالطفل ليس لديه النضج الذي يمكنه من توقع ما قد يسفر عن كشف الأسرار من مشكلات في المستقبل. وعندما يخبر الأطفال بالمشكلات المالية والاجتماعية التي يواجهها الآباء فإن هذا يجعلهم يشعرون بالقلق حول المستقبل، فهم يشعرون بأنهم مثقلون بالأعباء على نحو غير مناسب، كما لو كان من المفترض فيهم أن يفعلوا شيئاً للمساعدة.

2- الشعور بالذنب (Guilr):

قد يتطور الشعور بالقلق لدى الأطفال نتيجة اعتقادهم بأنهم قد تصرفوا على نحو سيء وتتعقد المشكلة عندما يتبلور لدى الطفل إحساس عام بأنه لا يتصرف بالطريقة الصحيحة وقد يمر الأطفال في حلقة مفرغة عندما يشعرون بالقلق وبالتالي يصبحون أقل فاعلية ثم يشعرون الذنب بسبب انخفاض فاعليتهم وهذا النمط من السلوك يميز الطفل الذي يميل للتأجيل فهو يكتفي بالقلق دون العمل مثل هذا الطفل لا ينجز شيئاً ويستنفذ طاقته بمشاعر القلق.

3- تقليد الوالدين: (Parents Modeling):

غالباً ما يكون للآباء القلقون أبناء قلقون حيث يتعلم الأطفال القلق ويرون الخطر في كل ما يحيط بهم.

4- الإحباط المستمر (Excessive Frusrration):

يؤدي الإحباط الزائد إلى مشاعر القلق والغضب وعندما يعجز الأطفال في التعبير عن غضبهم فإنهم يشعرون بالقلق.

الخوف والقلق:

هناك أوجه تشابه بين القلق والخوف لذا يصعب التميز بينهما في حالات كثيرة، وهنا نوضح أوجه التشابه بينهما:

1- في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بوجود خطر يهدده

2- كل من الخوف والقلق حالة انفعالية تنطوي على التوتر والضغط.

3- كل منهما يحفز الفرد لبذل الطاقة لحماية نفسه.

4- كل منهما يصاحبه عدد من التغيرات الجسمية.

أما الفرق بين القلق والخوف:

1- المثير في عدد من أشكال القلق الذاتي وليس له وجود في العالم الخارجي: فالإنسان القلق يخاف من شيء مجهول لا يدرك سببه ولا يعرف مصدره، أما الخوف فموضوعه موجود في العالم الخارجي.

2- الخطر في القلق شديد وموجه إلى كيان الشخصية والخوف ليس كذلك.

3- حالة القلق مستمرة والخوف حالة عابرة ومؤقتة.

4- من الصعب علاج القلق خصوصاً إذا كان عصابياً، بينما يسهل القضاء على الخوف.

(يورد ليف مقارنة بين القلق والخوف)

وجه المقارنة	القلق	الخوف
الموضوع	غير معروف	معروف
التهديد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
الديمومة	مزمن	حاد

تحليل القلق: القلق انفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر، وقد يشعر الفرد بحالة من القلق العام الذي لا يرتبط بموضوع محدد. كما قد يحس بما يسمى القلق الثانوي، وهذا النوع من القلق يعد عرضاً من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى ومن الممكن أن يلاحظه في جميع الأمراض النفسية تقريباً.

إن استعدادنا للقلق ليس دليل الشذوذ، بل هو وسيلتنا للتكيف وحفظ الذات من الخطر، أما الشذوذ فيكون في الشدة والتطرف، وفي تأثير حالة القلق على سلوكنا تأثيراً يجعله مضطرباً وغير مناسب، **ونستعرض هنا أهم النظريات التي حللت القلق بهدف معرفة أسبابه وعلاجه:**

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

القلق عند فرويد خبرة انفعالية مؤلمة وإشارة إنذار (للأنا) حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها، وغالباً ما يكون المهدد هو رغبات مكبوته أو دوافع جنسية أو عدوانية مما سبق للأنا أن كبتته في اللاشعور، وهنا إما أن تقوم

الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها، أو أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي.

وذكر فرويد ثلاثة أنواع من القلق هي:

1- القلق الموضوعي (الواقعي) هي تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن إدراك خطر قائم في العالم الخارجي، وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من خبرات الفرد السابقة.

ويكون القلق موضوعياً لما يكون مصدره خارجياً وموجود بشكل حقيقي، والقلق عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي أو لأذى يتوقعه الشخص ويراه مقدماً.

ويسمى أيضا القلق الواقعي والقلق السوي، وبهذا يقترب مفهوم القلق من مفهوم الخوف، وهذا يستدعي الاستجابة للتوتر من الفرد ويدفعه نحو عمل شيء إزاءه، وهذا النوع من القلق يرتبط (بالأنا) الواقعية والواعية لما يحيط به من أحداث.

والقلق العام غير مرتبط بأي موضوع محدد، وكل ما هناك أن الفرد يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر العام غير محدد، وهذا النوع من القلق يمثل أدنى صورة.

مثلاً أن يكون لدى الطالب امتحان صعب ولم يستعد له الاستعداد اللازم، ورؤية البحار لسحابة قاتمة في الأفق، هذه السحابة تشعره بالفزع، لأنها تدل على إعصار قريب.

2- القلق العصابي المرضي (الفوبيا): هي عبارة عن مخاوف غير عقلانية

وشديدة ومتطرفة من موضوعات وأشياء لا تثير هذه الدرجة من الخوف مع علم الفرد بذلك، إلا أنه غير قادر على التعامل معها بشكل منطقي وواقعي.

مثلاً: الفزع من رؤية مشهد فيه دم، أو قطة...

والفوبيا قلق شديد لا يتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول، والشخص الذي يشعر بهذا القلق يخاف من خياله يخاف من الهو (الغرائز) الخاصة به.

والقلق العصابي هو الخوف والإخفاق في السيطرة على الميول الفطرية مما قد يدفع الشخص إلى ارتكاب خطأ يعاقب عليه، هذا النوع من القلق لا يدرك المصاب مصدر علته، وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف، والقلق هنا يظهر في صورة قلق مصاحب لأعراض المرض النفسي كالهستيريا (التعبير عن الألم النفسي في صورة خلل وظيفي في أحد أعضاء أو أجهزة الجسم كالشلل الهستيري)، فالشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بالقلق خوفاً من توقع حدوثها.

ويعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، وعلى الرغم من أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً.

يرى فرويد من مثل هذا القلق المرضي أو العصابي له ارتباطاته بالهو ودوافعه الغريزية وباللاشعور وما كبت من أحداث وقضايا عاشها الفرد.

- **مثال:** فتاة في الثلاثين ترفض الصعود إلى الطابق العلوي، وإذا اضطرها عملها إلى ذلك تجري إلى الطريق العام، وقد حاولت هذه الفتاة التخلص من هذا السلوك ولم تستطيع، مما أدى إلى زيادة قلقها، وبدت عليها مظاهر اضطراب أخرى مثل كثرة الحركة، فقدان الشهية، وقد أدى كل هذا إلى نقلها من عملها إلى عمل تافه مما أثر على نفسيتها. واتضح بعد دراسة الحالة أن الفتاة كانت تحب رجلا متزوجاً، ثم هجرها وهي حامل منه، وحاولت الانتحار من نافذة عالية ولم تفعل ذلك بسبب دخول أحدهم الغرفة التي كانت فيها، ونسيت الفتاة الحقيقة التي أدت إلى قلقها لأنها مؤلمة، بينما لم تنسى الخبرات الانفعالية المصاحبة للحادثة، وأصبحت قابلة للتكرار بشكل آلي كلما تواجدت في مكان مرتفع.

3- **القلق الأخلاقي:** يكون مصدره الأنا الأعلى، ويبدو في صورة إحساسات بالذنب والخجل...

والقلق الأخلاقي هو الخوف من الضمير، إن نمو وترقي الأنا الأعلى يجعل الفرد يشعر بالإثم عندما يفعل شيئاً، أو مجرد التفكير في أن يفعل شيئاً مخالفاً للمعايير الأخلاقية التي نشأ فيها، وهذا ما يسمى مشاعر الذنب أو تأنيب الضمير، للقلق الأخلاقي أساس واقعي، فقد عوقب الفرد فيما مضى لخروجه على المعايير الأخلاقية وقد يعاقب مرة أخرى.

وهكذا فالقلق الأخلاقي مصدره الأنا الأعلى الذي يهدد الأنا إن أتت فعلاً معيناً أو دار في فكرها فكرة معينة تتعارض مع معايير الوالدين، فالعقاب ينتظرها من الأنا الأعلى في صورة مشاعر الإثم والخجل.

هذه الأنواع من القلق تحدث عنها فرويد، وترتبط بماضي الفرد، الأول منها قلق من شيء خارجي وقد يستطيع الفرد تجنبه، غير أن الثاني والثالث من هذا القلق ذو مصدر داخلي، ولا يستطيع الفرد تجنبهما.

خلاصة القول إن القلق عبارة عن استجابة لخبرة لا شعورية قد تكون ناجمة عن بعض الظروف البيئية، والسبب المعجل الذي يرسب القلق قد يتكون من:

1) تكرار مواقف الحياة المحبطة التي لا يرضى عنها الفرد.

2) الظروف التي تهدد أهداف الشخص أو مكانته.

3) الأحداث التي ينشأ عنها مخاوف من انهيار العمليات الدافعية.

أما هورني فترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي:

1) الشعور بالعجز.

2) الشعور بالعداوة.

3 الشعور بالعزلة.

وهذه العوامل تنشأ من الأسباب التالية:

1- انعدام الحب والدفء العاطفي وشعور الطفل بأنه شخص محروم من الحب والعطف والحنان، وإنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني، وهو أهم مصدر من مصادر القلق.

2- بعض أنواع المعاملة التي يتلقاها الطفل تؤدي إلى القلق لديه، فالسيطرة المباشرة وغير المباشر وانعدام العدالة بين الأخوة، والإخلال بالوعود،

وعدم احترام الطفل، والجو الأسري العدائي... كلها عوامل توقظ مشاعر القلق في النفس.

3- البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات، وما تشمل عليه أنواع الحرمان والإحباط، والخداع والحسد والخيانة، وإنه مخلوق لا حول ولا قوة تجاه هذا العالم القوي العنيف الذي لا يرحم.

ثانياً: النظرية السلوكية:

القلق في رأي السلوكية، استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، تم تعميم الاستجابة بعد ذلك، أي هو بمثابة استجابة تثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير إنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة، فالخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة، إذا أثيرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوف، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف، فهذه الاستجابة (قلق) فالفرد إذن يتعلم الخوف والقلق من المثيرات المحيطة وبالخبرة الشخصية.

الذي يحدث هنا أن المثير المحايد (مثير ليس من شأنه إثارة هذه الاستجابة) يكتسب القدرة على الاستثارة، القدرة على توليد (استجابة) نتيجة لحدوثه في الوقت نفسه تقريباً الذي حدث فيه المثير الطبيعي الذي أدى إلى استجابة الخوف، أي أن الخوف استجابة شرطية متعلمة، والفرد غير واع بالمثير الطبيعي الأصلي.

مثال (1):

يهجم كلب على طفل ذات مرة يشاهد كلباً من أنواع التعميم للخبرة السابقة، وقد يتعلم الفرد مخاوفه عن طريق النمذجة وملاحظة الآخرين الذين يظهرون مخاوف معينة، فالأم التي تخاف المصعد الكهربائي قد يتعلم طفلها منها هذا الخوف بالتقليد.

مثال (2):

طفل لدغته أفعى أثار ذلك في نفسه الخوف (هذا شيء طبيعي)، حدث أن ظهر مع الأفعى رجل أسود (مثير محايد قبل ظهوره في الوقت نفسه مع الأفعى)، وهننا قد يصبح هذا الرجل قادراً على توليد استجابة القلق لدى الطفل باستمرار، ومن غير أن يرافق ذلك لدغة الأفعى، ومن الممكن أيضاً أن يعمم الطفل استجابة القلق هذه على كل الرجال السود، فيشعر بالقلق كلما شاهد أحد منهم.

ثالثاً: المذهب الإنساني:

تتفق المدرسة السلوكية مع مدرسة التحليل النفسي على إرجاع القلق إلى خبرات مؤلمة في ماضي الفرد، إلا أنهما يختلفان في تصورهما لتكوين القلق، إذ يتحدث الفرويديون عن علاقة القلق بالهو والأنا والأنا الأعلى أو بالشعور واللاشعور، بينما يرى السلوكيون القلق في ضوء الإشراط.

أما أصحاب الاتجاه الإنساني فيؤكدون على أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد

إنسانيته، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك نهاية حتمية، وأن الموت قد يحدث في أية لحظة، وأن توقع حدوث الموت فجأة هو المثير الأساسي للقلق على الإنسان، حيث لا يصبح للإنسان وجود ويتحول إلى الفناء أو العدم، فالقلق هنا ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس ناتجاً عن ماضي الفرد.

وآخرون من الإنسانية يرون أن القلق ينتج عن شيء يتجه لتهديد مفهوم الذات أو أنه ينتج عن شيء إما يعيق أو يهدد بإعاقة إشباع حادة نفسية أساسية للفرد مثل حاجة الإنسان إلى الشعور بالأمن والحب أو التقدير أو الإنجاز أو غيرها.

مما سبق نستنتج أن القلق حالة انفعالية نشعر بها ونعيشها، وهي حالة مزعجة ومؤلمة، لأنها تنطوي على مشاعر الحزن والتوتر والغضب والخوف والتهديد، كما أنها تكون مصحوبة بتغيرات فسيولوجية جسمية تجعل الفرد يشعر بالتوتر والإنهاك، ونستطيع أن نرجع أسباب الفقر إلى الماضي فقط، ذلك أن القلق ينتج أيضاً من خوف الإنسان من نموه، ومن خوفه على مستقبل وجوده كإنسان.

طرق الوقاية من القلق:

1- تدعيم الشعور بالأمن والثقة بالنفس، فيجب على الآباء والمربين تدريب الأطفال على مواجهة المواقف والمشكلات التي تواجههم.

2- تقبل مخاوف الأطفال وطمأنتهم وتقليل توترهم ودفعهم على تجاوزها وتعبيرهم عنها بحرية.

3- زيادة الفهم وحل المشكلات الخاصة بالطفل.

علاج القلق:

على الرغم من صعوبة علاج القلق إلا أنه من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، إذ يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه، **ويمكن أن يعالج بالأساليب التالية وذلك تبعاً لأسلوب المعالج والمدرسة التي ينتمي إليها.**

1- **العلاج النفسي:** هنا يحاول المعالج إيجاد علاقة وثيقة وود مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه والتنفيس عن مشاكله، ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث وتفسير الأحلام، ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعانيه، ودفعه للشفاء برفق وبالتشجيع والتوجيه والإيحاء غير المباشر، ويتخذ العلاج النفسي عدة صور وأساليب بالنسبة إلى مدارس علم النفس المختلفة، والطريقة التي يفضلها المعالج سواء أكانت تحليلية أم إنسانية روجرية أم سلوكية أم معرفية.

2- **العلاج الاجتماعي:** إن اضطراب القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي (social phopia) اضطراب يتصف بالخوف التفاقمي من التعرض للمواقف الاجتماعية التي تتضمن أشخاصاً آخرين يصوبون أنظارهم لبعض الأطفال أو المراهقين. ويعد الرهاب الاجتماعي من المشكلات الطبية النفسية المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، خاصة الذين يعانون من القلق الشديد والاضطرابات المزاجية، وعلى الرغم من أن بداية المعاناة من اضطراب الرهاب الاجتماعي تكون في الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة

المبكرة، فإن الغالبية العظمى منهم لا يتم تشخيصهم إلا بعد سنوات عديدة، وربما لا يبدؤون ممارسة العلاج النفسي بجدية إلا في مرحلة الشباب، ولذلك يجب في هذه الحالة الجمع بين العلاجين: المعرفي- السلوكي الطبي.

فاضطراب الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر، من (6-12) عاما ويستمر تفاقم هذا المرض وتطوره أثناء مرحلة المراهقة وبداية سن الشباب إذا لم يتم علاجه مبكراً، وغالباً ما يحدث تداخل أو تفاعل بين القلق الاجتماعي وارتقاء المهارات الاجتماعية، والتوافق في أداء الأدوار الاجتماعية خاصة في السياقات الاجتماعية، كالمدرسة، والنادي وتشكيل جماعات النشاطات كالرحلات والنشاط الثقافي والخطابة، بحيث يمكننا التنبؤ من القلق الاجتماعي بحالة الرهاب الاجتماعي في سني العمر المبكرة، ومن ثم يسهل علاجها قبل أن تتفاقم.

يرى كلارك وويلز أن الرهاب الاجتماعي يستثيره حدث أو موقف تفاعل اجتماعي، ويسمى هذا الحدث البيئي أو الموقف الاجتماعي مثيراً نشطاً، من شأنه أن ينشط مجموعة الافتراضات أو المخططات المعرفية السلبية، وهذا أمر ينتج عند إدراك سلبي للبيئة الاجتماعية، بحيث يدركها الطفل أو المراهق أو الشاب، أو حتى الراشد والمسن على أنها بيئة اجتماعية خطيرة وتبعث على الشعور الشديد بالتهديد والخوف والهلع، ومن ثم تبدأ هذه الافتراضات والمخططات المعرفية في إفراز مجموعة كبيرة من المعتقدات الخاطئة من الأفكار الآلية السلبية من قبل (أنا لا قيمة لي اجتماعياً، ويكرهني الآخرين. وأنا فاشل،

وأنا لست مثل زملائي الآخرين، وإن والدي سيعنفني... وسيحتقرني الجميع...)، ويترتب على ما سبق ظهور قدر من التصلب المعرفي نظراً لاعتقاد الفرد (طفلاً أو مراهقاً أو شاباً) بأنه لن يتحسن ولن يستطيع التغير إيجابياً، واعتقاده بأن هذا الاضطراب سيستمر ولا علاج له، وينجم عن ذلك مرحلة معرفية جديدة، إذ يتعامل المريض بالرهاب الاجتماعي مع ذاته ويدركها على أنها شيء اجتماعي، وليست موضوعاً اجتماعياً، يجب توفره واحترامه، ويحدث تعميم هذه الأعراض المعرفية والمزاجية على السياقات الاجتماعية، فيبدأ المريض في إدراك ذاته على أنها منتقدة من قبل الآخرين ومحبطه لهم، وأياً كان هؤلاء الآخرون أهل وأقارب، أو جيران أو أصدقاء أو زملاء أو مدرسون، ومن ثم تبدأ الأعراض المزاجية في الظهور وأبرزها القلق المختلط بالكآبة، والشدة والخوف الذي قد يصل إلى حد الفزع، والخوف من تقويم الآخرين له سلبياً.

ونتيجة لتفاعل كل من الأعراض المعرفية والمزاجية، ينشأ كثير من الاضطرابات السلوكية كالانسحاب الاجتماعي، واهتزاز الألفاظ والكلام، وارتعاش اليدين وارتجاف الجسم، وجفاف الجلد، وسرعة التنفس، وهناك تفاعل متبادل بين مكونات هذا النموذج وبعضها البعض.

فبعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة، يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت، والعمل على التخلص منها بتغيير الوضع العائلي، أو المحيط الاجتماعي أو ظروف العمل غير المناسبة، وكل ما من شأنه سيء للفرد.

1- **العلاج السلوكي:** يتم تدريب الفرد المريض على الاسترخاء، ثم لأجل إزالته وإضعاف القلق يعرض المريض إلى المثيرات التي تسبب له القلق أو

الخوف إما بشكل تدريجي حتى يعتاد على مواجهتها فيما يسمى بتقليل الحساسية التدريجي، أو دفعه واحدة دون السماح له بالهروب ويسمى هنا أسلوب (الإفاضة).

إن نتيجة مثل هذا العلاج أن الفرد يكتشف أنه قادر على تقديم الاستجابة السوية للمثيرات التي كانت تسبب له القلق والخوف، وإنها لا تستدعي تلك الشدة من الخوف.

2- **العلاج بالاسترخاء:** ذلك للتعامل مع الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق حيث يتم تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي التام عبر تعليمات تعطى له من قبل المعالج وتقدم على شد ورخي مجموعات من العضلات من أعلى الرأس إلى أخمص القدمين مع الإيحاء المستمر له بالارتياح.

3- **العلاج بالعقاقير:** يعتمد على استخدام المهدئات الحديثة والتي يستخدمها الأطباء النفسيون خاصة في حالات القلق الشديد لتهدئة المريض وإراحته قبل العلاج النفسي أو الاجتماعي.

4- **العلاج بالصدمة الكهربائية:** قلما يتم استعمال الكهرباء في علاج القلق إذ يكون ذا تأثير سيء وعكسي على أن حالات القلق المزمنة والمصحوبة باكتئاب شديد قد تحتاج أحياناً جلسات كهربائية.

5- **العلاج المعرفي:** يستهدف تغير المعتقدات الموجودة لدى الفرد والتي تسبب له مشاعر القلق واستبدالها بأخرى عقلانية أكثر واقعية بدرجة أعلى عبر تعديل الحديث الذاتي، فبدلاً من (أنا متوتر) يتم تعليمه أن يقول مثلاً (أنا بخير أشعر بالراحة).

أيضاً من طرق العلاج:

1- تقبل الطفل وامنحه شعوراً بالطمأنينة.

إن الطفل القلق يحتاج إلى تطمين من الكبار الذين يتصفون بالهدوء والثبات، فيجب على المربي أن يبقى هادئاً عندما يصرخ الأطفال أو ينفعلون وعليه أن يُبدي تقبلاً لمشاعر القلق لديهم بعدم توجيه النقد أو اللوم وبدلاً من ذلك عليه أن يخلق جواً يسوده الأمن والتفاؤل بحيث يشعر الطفل أن ما يعاني منه هو أمر يمكن مواجهته وسوف يمر بسلام.

2- درب الطفل على لاسترخاء (Relaxation):

إن القلق والاسترخاء لا يمكن أن يوجدا معاً، فالإنسان لا يمكن أن يقوم بعملين متناقضين في آن واحد فيمكن تدريب الطفل على التنفس بعمق وعلى إرخاء عضلاته والشعور بالاسترخاء التام.

3- الحديث الإيجابي مع الذات (Positive sell – talk):

كلما تعددت الأساليب المتبعة لمواجهة القلق كلما كان ذلك أكثر فاعلية وهذا الأسلوب يتضمن إيقاف التعليقات السلبية أو التي تثير القلق، ومن ثم تعليم الطفل تعبيرات إيجابية في الحديث مع الذات. ويمكن تدريب الأطفال على ذلك بصوت مرتفع ثم ينتقلوا إلى الحديث الضمني، ومن الأمثلة على ذلك "إنني منزعج لكن الأمور سوف تصبح أفضل فيما بعد. لا يوجد إنسان كامل ومع ذلك سوف أبذل جهدي".

4- شجع التعبير عن الانفعالات:

إن التعبير عن الانفعالات يعمل كمضاد لحالات القلق فإتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن غضبهم وإحباطهم غالباً ما يقلل من حدة الشعور بالقلق.

5- الطرق المتخصصة

وذلك عندما يكون القلق شديداً ومستمراً لفترة طويلة فيصبح من الضروري البحث عن مساعدة متخصصة ويكون هذا بشكل خاص عندما لا تنجح طرق الأبوين في خفض قلق الأطفال ومن أشهر هذه الطرق المتخصصة هو طريق تقليل الحساسية التدريجي(**Systematic desensitization**).

2- الخوف أو الرهاب (الفوبيا) (phobia):

الرهاب خوف مستمر من شيء أو موقف لا يمثل في العادة أي خطر فعلي للناس أو للمريض، يحدث الرهاب من الأماكن العالية والمكشوفة والمغلقة، ومن العواصف والبرق والرعد، ومن الدم والعدوى والجراثيم والمرض والألم، ومن الظلام والوحدة، ومن التجمعات البشرية، أو من الحيوان. والرهاب بهذا الشكل خوف مبالغ فيه.

والرهابي يضخم الخطر ويدرك ما لا يدركه الفرد العادي، فيتعرض سلوكه للانتقاد وشخصيته للسخرية. يترافق الرهاب بأعراض مثل الصداع وألم الظهر واضطرابات المعدة، والدوخة، والإحساس بالعجز، والخوف من الوقوع بمرض عضوي خطير.

وتلعب خبرات الطفولة دوراً كبيراً في تكوين مخاوف الأطفال وكذلك فإن اقتران المواقف مع بعض المثيرات المزعجة، فقد يرتبط في ذاكرة الطفل

اللاشعورية أو الشعورية فتكسبها تلك المواقف نفس قيمة المثيرات المزعجة كالطفل الذي عضه كلب أو هدده بشكل كبير في ركن مغلق لم يستطع الفرار منه، فإن هذا الطفل قد يخاف الأماكن المغلقة عند الكبر بالرغم من نسيان الخبرة نفسها وبالرغم من مصاحبته أو لعبه مع كلام بعد تلك الحادثة.

وينشأ الخوف بسبب أساليب التنشئة الخاطئة ومحاولة تخويف الصغار وعقابهم وبسبب تقليد الكبار.

هو نتيجة شعور بالعجز عن مواجهة حالة معينة، إن أغلبية المخاوف هي ترسبات عهد الطفولة، والخوف يدل على انعدام التوازن بين النفس الخارجية والنفس الداخلية.

الخوف انفعال على صلة بالعقل والإدراك وبالجسد، فالإنسان لا ينتابه الخوف إلا إذا أدرك وجود خطر يتهدد حياته، والذي لا يدرك وجود الخطر، إما عن جهل أو سهو وعدم انتباه لا يخاف، وقد يستثار الخوف على وجه العموم بأي موقف يهدد تكامل الإنسان، إن الخوف الذي يستثيره ليس سوى تهديد لقيمه من القيم والتي يعتبرها الإنسان ضرورية لوجوده ولبقائه ككل متكامل.

وفي الواقع إن الخوف يدخل في أغلب أنواع الاضطرابات الانفعالية والعصبية والانحرافات السلوكية والاجتماعية كما يوجد في حالات اضطراب الشخصية.

الخوف عند الأطفال:

يبدو بعض الأطفال خوافون بشكل عام وبعضهم الآخر يخاف خوفاً محدداً من شيء أو شيئين، ولا تظهر معظم الدراسات وجود فروق في الخوف بين

الأولاد والبنات، والمخاوف أكثر شيوعاً في الأعمار بين سنتين أو ست سنوات حيث تغلب المخاوف في العمر ما بين سنتين وأربع سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء، وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات وتختفي في عمر تسع سنوات، وفي عمر أربع إلى ست سنوات تسيطر المخاوف المتخيلة مثل الأشباح والوحوش، أما الخوف من الأخطار الجسمية فيميز به الأطفال من عمر عشر سنوات فما فوق. وهناك (20٪) من الأطفال يخافون من الامتحانات بحيث ينخفض أداؤهم بسبب هذه المخاوف.

الخوف سمة غريزية القصد منها حماية الفرد من المخاطر في كل مراحل حياته، فتتغير تصرفاته بشكل سريع لدرء الخطر، متمثلة في العدو من المكان تغيير سرعة دقات القلب والتعرق وغيرها، ولكن الطفل لا يستطيع القيام بمثل تلك التصرفات، فيبحث عن الأمان في حضن والديه ويعبر عن الخوف من خلال القول أو العمل، وقد لا يكون هناك أساس لهذا الخوف، وإنه في مخيلته الصغيرة فقط.

الأسباب:

1- تعرض الطفل لصدمات تتضمن مثيرات ومنبهات غريبة ومنفرة تحدث أثراً نفسياً سيئاً ومؤلماً فيخاف منها، مثل تعرض الطفل للعض أو التهديد من قبل حيوان ما حيث يمكن أن يسبب خوفاً محدداً من ذاك الحيوان، أو خوفاً من جميع الحيوانات، أو توجهاً عاماً لخوف من أي موقف، ويسمى أتساع مدى الخوف بالنسبة لموضوع الخوف الأصلي بالتعميم.

2- استثارة الطفل للقيام بعمل ما أو الكف عن عمل آخر وذلك بتخويفه

بأشياء أو أشخاص معينين فيرتبط ذكر هذه الأشياء أو التعرض لها دائماً بالخوف، وبذا ينبعث الخوف في نفس الطفل من أشياء كانت تبدو طبيعية له من قبل.

3- التأثير على الآخرين: يمكن أن يستخدم الطفل المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخرين واستغلالهم فقد يكون إظهار الخوف بالنسبة لطفل ما هو الوسيلة الوحيدة أو إحدى الطرق القوية التي تمكنه من الحصول على الانتباه من قبل الأشخاص المهمين في حياته.

4- الحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي: وهنا نشير إلى حساسية أكثر في الأجهزة العصبية المركزية لهؤلاء الأطفال فهي منذ الولادة أكثر حساسية من غيرها. لذلك فهم يستجيبون لمثيرات أضعف ويحتاجون لوقت أطول ليستعيدوا توازنهم، وينتج ذلك عن مزيج من العوامل الوراثية وظروف الحمل والولادة، فهؤلاء الأطفال يستجيبون بهذه الطريقة بحكم تكوينهم وغالباً ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم حساسون للغاية مشدودين جبناء خوافين.

5- الضعف النفسي أو الجسمي: عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى يكونون في الغالب أكثر استعداد لتطوير المخاوف، فحالات سوء التغذية أو نقص السكر في الدم تؤدي إلى حالة الضعف وإلى الشعور بالعجز بحيث تصبح الاندفاعات السيكولوجية للطفل أقل فاعلية فيشعر الطفل بالحزن والعزلة والعجز وضعف القدرة عن التعامل مع المشاعر والأفكار المثيرة للخوف فالأطفال ذوي اعتبار الذات المنخفض أو الضعيفين جسيماً يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطار الواقعية والمتخيلة.

6- تقليد الأطفال للكبار الذين يظهرون سلوك الخوف في المواقف المختلفة.

7- القصص المخيفة التي يسردها بعض الآباء والمربين على الطفل كالغول وجهنم والموت وما إلى ذلك مما يؤدي إلى خوف الطفل من مسائل مجهولة غير حقيقية، أو غير ملموسة في الواقع الحسي (الغيبيات).

8- التربية الخاطئة القائمة على النقد والتوبيخ والضغط والمتطلبات الزائدة، والحماية الزائدة والقسوة والتسلط، والخبرات المؤلمة لأن مثل هذه الأساليب تنتج أطفالاً خوافين بشكل عام أو أطفالاً يخافون من السلطة بشكل خاص فمثل هؤلاء الأطفال قد يصابون بالرعب تجاه المعلم أو رجال الشرطة أو من يمثل السلطة.

9- الصراعات الأسرية: تؤدي الصراعات بين الأبوين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء إلى جو متوتر في البيت، وشعور بعدم الأمن، والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوفهم العادية.

10- معاملة من يهتم بالطفل من الخدم والسائقين بالإيذاء الجسمي والنفسي.

11- ولادة طفل للعائلة.

12- مرض أحد الوالدين.

العلاج:

الواقع إن جميع مخاوف الطفل المرضية تستحق التدخل من الآباء والمتخصصين طالما أنها تدل على أن الطفل يعاني من صعوبة في التوافق الشخصي والاجتماعي ويمكن مساعدة الطفل بالطرق التالية:

أ- تجنيب الطفل المواقف التي تبعث على الخوف وإذا لم يكن ذلك فيجب تعويد الطفل على تلك المواقف المثيرة للخوف من خلال تعريضه لها بشكل تدريجي لتقل قدرتها على إثارة الخوف لديه وليعلم بأنها غير مؤذية وغير مخيفة أصلاً.

ب- عدم النقد والاستهزاء والسخرية من مخاوف الطفل أو أخذها مثاراً للتسلية والضحك.

ج- عدم إجبار الطفل على مواجهة المواقف التي تثير انفعال الخوف لديه بالقوة أو بطريقة تنفره منها أكثر وأكثر وتزيد مخاوفه.

د- تقليل الحساسية والاشراط المضاد: إن القاعدة العامة التي يشير إليها تقليل الحساسية والاشراط المضاد هي أن الأطفال تقل حساسيتهم من الخوف عندما يتم إقران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرى له شيء سار (اشراط مضاد) فمن المفيد جداً جعل الأطفال يلعبون إحدى ألعابهم المفضلة أو ينهمكون بأي نشاط ممتع أثناء الخوف.

هـ- ملاحظة النماذج: تعتبر هذه الطريقة طريقة طبيعية لتقليل الحساسية فالطفل يتعلم من خلال الملاحظة كيف يتعامل الأفراد غير الخائفين مع المواقف ويمكن استخدام نماذج متلفزة أو حية لهذا الغرض.

و- التمرين: يمكن تدريب الأطفال على الشعور بالارتياح أثناء إعادة بعض الحوادث التي تثير الخوف بشكل بسيط، فألعاب الدمى والتمثيل تمكنهم من التعبير عن أشكال متعددة من المشاعر والمخاوف، وامتداح الكبار يعزز تدريب الأطفال على التعامل مع موضوعات مخيفة بالنسبة لهم.

ز- مكافأة الشجاعة: من المفيد جداً امتداح الطفل لكل خطوة شجاعة أو تقديم المكافآت المادية له، ويمكن تحديد سبب المخاوف وزمنها ومكانها تحديداً دقيقاً ومكافأة الطفل إذا استطاع أن يتحمل مقداراً من تلك المواقف.

ح- التخيل الإيجابي: فمثلاً مساعدة الطفل على تخيل الأبطال الذين يحبهم وهم يساعدونه في التعامل مع موقف مخيفه. ويمكنك أن تطلع الطفل على كيفية القيام بهذا التخيل ثم تطلب منه أن يقوم باختراع قصة مشابهة.

التحدث الإيجابي مع الذات: يشكل تعلم التحدث مع الذات بطريقة مختلفة مضاداً قوياً للخوف يؤدي إلى إخلال الشعور المستقل بالكفاءة محل الشعور بالخوف والعجز. فتعليم الأطفال كيف يتحدثون مع أنفسهم حديثاً صامتاً على نحو يحسن من مشاعرهم ويساهم بشكل كبير في تقليل مشاعر الخوف لديهم، فالتفكير بأفكار إيجابية يؤدي إلى مشاعر أهدأ وسلوك أكثر جرأة.

ومن الأمثلة على التحدث مع الذات "استطيع مواجهة ذلك" "أنا بخير إنها مجرد مخيلتي" "الوحوش لا توجد إلا في القصص فقط" "الرعد لا يمكن أن يؤذيني" وهكذا.... الخ.

ط- الاسترخاء: يعد الاسترخاء العضلي مفيداً جداً للأطفال المتوترين جسمياً فإرخاء العضلات يعارض ظهور الشعور بالخوف.

ي- التأمل: يمكن استخدام طرق متعددة من التأمل من أجل الوصول إلى مشاعر أهدأ ومخاوف أقل، والطريقة الأبسط والأكثر استخداماً مع

الأطفال هي (التنفس بتناغم والعد ببطء) فقد استعمل التنفس بتناغم والعد ببطء للتقليل من خوف الأطفال من الامتحانات المدرسية، وهنا نقوم بتدريب الطفل على عملية التنفس ببطء وبانتظام والمهم أنه يتم التنفس ببطء وبشكل طبيعي منتظم دون توقف، وينبغي أن نلاحظ أثناء ذلك حركات البطن المستمرة والمنتظمة إلى أعلى وإلى أسفل، هذا ومن المفيد أن يتم تعليم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي الموصوف سابقاً.

3- تدني اعتبار الذات:

إن شعور الطفل بأنه شخص بلا قيمة يفتقر إلى احترام الذات يؤثر على دوافعه وعلى سلوكه فهو ينظر إلى كل شيء بمنظار تشاؤمي، فالكثير من مشكلات الطفولة الباكرة ينجم عن الشعور بانخفاض اعتبار الذات فالشعور الذي يحمله الأطفال نحو أنفسهم هو أحد محددات السلوك البالغة الأهمية.

فالأطفال يجب أن يحملوا شعوراً جيداً نحو أنفسهم أي أن يكون لديهم مفهوم إيجابي عن الذات.

إن الأطفال الذي يفتقرون إلى الثقة بالذات لا يكونون متفائلين حول نواتيج حدودهم، فهم يشعرون بالعجز والنقص والتشاؤم ويفقدون الحماس بسرعة وتبدو الأشياء بالنسبة لهم وكأنهم تسير بشكل خاطئ وهم يستسلمون بسهولة وغالباً ما يشعرون بالخوف ويتعاملون مع الإحباط والغضب بطريقة غير فاعلية، ولسوء الحظ فإن سلوكهم يؤدي غالباً إلى أن يحمل عنهم الآخرون صورة سلبية كالتي يحملونا عن أنفسهم.

وقد انبثق من النظرية الاجتماعية مفهوم جديد هو (فعالية الذات) والذي يشكل أساساً في الإطار النظري للنظرية الاجتماعية المعرفية، والتي تفترض أن تحصل الفرد يعتمد على التفاعل بين سلوك الفرد، والعوامل الشخصية كالتفكير والاعتقاد والمتغيرات البيئية.

فعالية الذات: تشير فعالية الذات إلى اعتقادات الفرد في قدرته على التعلم أو القيام بسلوك ما عند مستويات معينة في الأداء.

ويقصد أيضاً بفعالية الذات أحكام الأفراد على قدراتهم في تنظيم وتنفيذ المهارات العملية المطلوبة للحصول على أنواع منظمة من الأداءات.

وتساعد فعالية الذات في تحديد ما يمكن للأفراد فعله مستخدمين معارفهم ومهاراتهم، وتؤثر اعتقادات فعالية الذات في العمليات الدافعية والعمليات المنظمة ذاتياً بطرق عدة، فالأفراد تجذبهم المهام التي يشعرون فيها بالكفاءة والثقة، ويتجنبون تلك المهام التي لا يشعرون فيها بهذا، كما تساعد اعتقادات فعالية الذات في تحديد كمية المجهود الذي يبذلون في النشاط، والمدة التي يقضيها في مواجهة العقبات، ومرونته في مواجهة الواقف الضاغطة، كما تؤثر فعالية الذات على نمط تفكير الفرد وردود أفعاله الانفعالية، فعالية الذات المرتفعة تخلق شعوراً بالهدوء في مواجهة المهام والمشكلات الصعبة، بينما يشعر منخفضوا الذات بمستويات مرتفعة من القلق والاحباط ورؤية ضيقة في حل المشكلات.

إن الأطفال الذين يحملون صورة سلبية عن ذواتهم يدركون المكافآت المقدمة لهم على أنها ناتجة عن المصادفة أو الحظ وليست نتاجاً لعملهم وجهدهم. والمكافآت لا تكون مجدية إلا إذا شعر الطفل بأنها تُعطي له نتيجة عمله الجيد

ونتيجة وجود خصائص معينة موجودة لديه، بحيث يدرك الأطفال وجود علاقة سببية بين سلوكهم والمكافآت، وبذلك يطور الطفل تدريجياً مزيداً من الثقة بالذات ويشعر بأنه أكثر استقلال وحرية.

الأسباب:

1- أساليب التنشئة الخاطئة فالحماية الزائدة تحرم الأطفال من أن يتعلموا التعامل مع المشكلات بأنفسهم، وبالتالي لا يشعرون بالاستقلال ولا يحترمون قراراتهم الخاصة، وغالباً ما يصبحون جبناء خائفين من الوقوع بالأخطار.

وكذلك الإهمال، فعندما يهمل الأهل أطفالهم فيتركونهم يعتنوا بأنفسهم لوحدهم، ومع أن بعض الأطفال يمكن أن يصبح مستقلاً ويكتسب احترام الذات من خلال انسحاب الآخرين، إلا أن معظم الأطفال الذين يتعرضون للإهمال يكونون انطباعاً بأنهم غير جديرين بأن يعنى بهم، والنتيجة المباشرة لذلك هي الشعور بعدم الجدارة، عدا أن الكمال الزائد يُعد واحداً من أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة التي قد تؤدي إلى وقوع الطفل في مشكلة تدني اعتبار الذات، فالآباء الذين يحملون توقعات عالية جداً أو تتجه نحو الكمال من أطفالهم، فالنتيجة المتوقعة لذلك هي أن يشعر الطفل بأنه غير مناسب وغير قادر على تلبية التوقعات.

كذلك الأطفال الذين يتعرضون للتسلط والعقاب والنقد الدائم وعدم الاستحسان فإنهم غالباً ما يطورون اعتباراً متدنٍ للذات.

2- التقليد: إن الآباء الذين يشعرون بتدني في اعتبارهم لذواتهم يقدمون نماذج غالباً ما يقلدها الأطفال فيهم يعلمون أطفالهم عدم احترام أنفسهم فيشعر الطفل أن عدم اعتبار الذات أمر طبيعي.

3- الاختلاف والإعاقة: إن الأطفال الذين يبدون مختلفين اختلافاً كبيراً عن الآخرين يشعرون عادة بانخفاض في اعتبار الذات.

المعتقدات غير العقلانية المتعلمة:

إن الأفكار غير العقلانية التي يتعلمها الفرد من خلال البيت والمدرسة والمجتمع، والتي عادة يعبر عنها بجمل مثل (الأمور تعاكسني باستمرار، أنا ما إلي حظ، إنني عاجز عن القيام بأي عمل، وهكذا)، إن مثل هذه المعتقدات تمهد الطريق لانخفاض اعتبار الذات والشعور بالنقص.

العلاج:

أ- التركيز المكثف على الخصائص الإيجابية للطفل وعلى جوانب القوة لديه.

ب- تزويد الطفل بخبرات بناءة لإعادة ثقته بنفسه.

ج- مكافأة السلوكات الإيجابية لدى الطفل، وتوضيح ذلك للطفل لإدراك العلاقة السببية بين المكافأة وسلوكه الإيجابي.

4- الاكتئاب وإيذاء الذات:

- الاكتئاب هو شعور بالحزن والغم مصحوب بانخفاض المزاج والفاعلية.

- إيذاء الذات: هما إلحاق الضرر بالنفس، والانتحار هو شكل متطرف في سلوك إيذاء الذات يحدث لدى الأشخاص المكتئبين.

إن الأطفال المكتئبين نادراً ما يظهرون الفرح أو السرور وغالباً ما يتحدثون بصوت خافت ونادراً ما يضحكون وقد تظهر لديهم أنماط من اضطرابات النوم، وهم سريعي البكاء متجهمين بائسين متشبثين بالدعم الخارجي وتبدو عليهم علامات الانعزال واللامبالاة والقلق الزائد، وقد يظهر بعضهم شكاوي جسمية مثل الصداع والألم ومن الصعب إثارة اهتماماتهم بأي شيء وقد يشعرون بالنبذ وغالباً ما يفضلون النشاطات الذاتية القائمة على العزلة وهم يبدون للآخرين وكأنهم جديون جداً ووقورون أكبر من عمرهم، وهم يقللون من قيمة أنفسهم وينظرون لأنفسهم وللعالم بمنظار اسود.

أما سلوك إيذاء الذات فيتضمن الخدش أو الجرح أو الصفع أو اللكم...الخ.

ويتشكل الاكتئاب من حالة انفعالية يعبر عن عدم الارتياح والضيق من الحياة والرغبة في الانعزال عن الناس والابتعاد عن قضايا المجتمع، ويعرفه جيمس وريغر: بأنه حالة انفعالية مرضية يصاحبها شعور بالنقص وهبوط عام في النشاط النفسي للإنسان.

ويرد الاكتئاب إلى أسباب جسمية ونفسية واجتماعية متداخلة، كالإصابة بعاهة أو مرض مزمن، أو الفشل المفاجئ في بعض المواقف الحياتية كالرسوب في الامتحان أو الفشل في الحب، أو الزواج، ومن تلك الأسباب أيضاً إحساس الشاب بالنبذ من قبل الآخرين وابتعادهم عنه سواء من الأصدقاء أو من الآباء عندما يتفاقم الصراع بين الأجيال.

فعندما يصطدم الشاب بالواقع بفرصه الضيقة وبقوانينه وأعرافه وإمكانياته المحدودة، يجد أن طموحاته صعبة المنال، وأن أحلامه قد تبددت حيث لا يمكن

تحقيقها، فإنه بذلك يدخل إطار الاكتئاب نتيجة للصراع بين الرؤية المثالية والواقع الحياتي.

وقد ربطت دراسات علم النفس بين الاكتئاب والانتحار، وقد رأى (فرويد) أن كل إنسان لديه صراع بين الحياة والموت، فإذا كانت إرادة الحياة هي المتغلبة على الرغبة في الموت أصبح الإنسان متفائلاً، أما إذا كانت الرغبة في الموت هي المتغلبة أصبح الإنسان متشائماً.

يعرف الاكتئاب بأنه حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر بها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز، وتصاحب هذه الحالة أعراض محدودة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات، وتناقض الاستماع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات النوم والشهية، فضلاً عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقض الكفاءة، وانخفاض الجدارة، وشعور اليأس والأسى، وفقدان الثقة، والأفكار الانتحارية.

وتظهر هذه الحالة نتيجة لفقدان عزيز على النفس كالزوج، أو الابن، أو فشل في الدراسة أو إفلاس في تجارة أو الأزمات الانفعالية الشديدة.

ويتميز العصابي المكتئب عن الذهاني المكتئب بأن الأول لا ينفصل تماماً عن حياة الواقع بينما يفقدها الثاني.

يشكل الاكتئاب ما بين (20-30٪) من مجموع الاضطرابات العصابية، والاكتئاب العصابي مواجهته للضغوط الشديدة بسلوك مشحون بالحزن والغم،

ويطول الاكتئاب أسابيع أو أشهر ثم تنجلي الأعراض تاركة خلفها مزاجاً من الكآبة المعتدلة.

ويعد الاكتئاب أقدم اضطراب نفسي طي مسجل عبر التاريخ، ويحدث في كل الثقافات منذ القدم وحتى الآن، والحقيقة أنه لا يوجد إنسان تقريباً لم يعاني من درجة أو أخرى من درجات الاكتئاب، إذ يمر كل فرد تقريباً- من خلال مرحلة من مراحل حياته- بعرض أو آخر من الأعراض الدالة على الاكتئاب، ومن هنا يمكن القول أن الاكتئاب خبرة إنسانية عامة. ولكن الأمر المهم أن هذه (الخبرة الاكتئابية) ليس من الضروري أن تصل إلى الاضطراب الذي يحتاج إلى تدخل علاجي، فإن النسبة الكبيرة ممن يعانون من هذه الأعراض يتحسنون بشكل تلقائي، أو تنجح خبرات معينة في الحياة تمكنهم من التغلب على هذه المشاعر أو تلك الأعراض، فتكون الخبرات السارة بمثابة واق ضد مشاعر الاكتئاب، وبخاصة في درجاتها المنخفضة.

وللاكتئاب درجات في الشدة حيث يتراوح بين الحزن البسيط وتثبيط الهمة، والضغوط، كما يختلف الاكتئاب من حيث دوامة، أي استمراره بوصفه حالة تنقلية وقتية زائلة، ومن حيث هو سمة مستمرة وغالبة على الفرد تشمل كل جنبات حياته، فتلونها يكون أسود قاتم لفترة طويلة.

ويندرج الاكتئاب في فئة الاضطرابات الوجدانية، ويشترك اضطراب الاكتئاب الأساسي بين كل من الطفولة والمراهقة والرشد، وتعتمد المحكات التشخيصية لاضطرابات الاكتئاب الأساسي (فترة مفردة أو معاودة) على وجود

فترة أكثر من الاكتئاب الأساسي، وتعتمد محكات الفترة الاكتئابية الأساسية- تبعاً للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية- على ما يلي:

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغيراً في وظائف الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما:

1- المزاج المكتئب: مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى)، وكذلك من الملاحظة التي يقوم بها الآخرين (كأن يبدو الفرد دامعاً)، (ملاحظة) يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

2- فقد الاهتمام: الاهتمام أو السرور بشكل واضح بكل الأنشطة (أو غالبيتها) معظم اليوم، كل يوم تقريباً.

3- فقد واضح للوزن دون نظام غذائي للحمية، أو زيادة الوزن، أو تناقض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً.

4- الأرق، أو النوم الزائد كل يوم تقريباً.

5- التهيج النفسي الحركي أو التأخر كل يوم تقريباً، وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتململ أو الإبطاء.

6- التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

7- مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة أو الذنب الزائد أو غير المناسب.

8- تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما عن طريق التقرير الذاتي، وإما تبعاً لملاحظة الآخرين).

9- أفكار موت معاودة (ليس مجرد خوف من الاحتضار)، وأفكار انتحارية معاودة دون خطة محدودة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- لا تحقق الأعراض محكات الفترة المختلفة.

ج- تسبب الأعراض ضيقاً وألماً إكلينيكياً واضحاً، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

د- لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة ما (مثل: سوء استخدام العقار، أو دواء طبي) أو حالة طبية عامة (مثل انخفاض إفراز الغدة الدرقية).

هـ- لا تفسر الأعراض بشكل جيد عن طريق الفقد، أي خسارة أو فقدان شخص حبيب، وتدوم الأعراض مدة شهرين، أو تتصف بأنها معوقة إعاقة واضحة وظائف الفرد، مع انشغال مرضي بعدم الجدارة، والأفكار الانتحارية، والأعراض الذهانية، أو التأخر النفسي الحركي.

الأعراض المتشابكة التي تبرز عن الاكتئاب

وتقسم إلى: مظاهر عضوية، وأخرى ذهنية، وثالثة اجتماعية.

1- **المكون العضوي**: الشعور بالتثاقل وانحطاط القوى الحركية ومحورها، ومعاناة اختلالات بدنية وآلام عضوية.

2- **الجانب الذهني**: يتصل بهيمنة البؤس والكدر، والوقوع فريسة لمشاعر

الذنب والتأنيب المرضي للذات، وتشوه النظرة إلى العالم مع تسلط الأفكار السوداوية والالتزامية.

3- **البعد الاجتماعي**: تشوش في العلاقات الاجتماعية وتراجع القدرة على التواصل مع المحيط.

هناك نوعان من الاكتئاب

1- وراثي ويكون فيه الإنسان جاهزاً للإصابة به مع التعرض بأبسط الظروف الضاغطة، وهو نوع يتكرر على فترات، والوقاية منه لا بد أن تكون بالعقاقير التي يطلق عليها منظمات المزاج، وبالطبع استخدامه لا بد أن يكون تحت إشراف طبي.

2- النوع الثاني من الاكتئاب فهو الاكتئاب التفاعلي وهو الناتج عن الضغوط النفسية الشديدة أو الحرمان أو الصراع النفسي، ويمكن الوقاية منه بممارسة التمارين الرياضية وتمارين الاسترخاء، والحياة الاجتماعية السوية، والتمسك بتعاليم الدين والقيم الإيمانية.

ويميل الأفراد موضع الاكتئاب إلى نمطية معينة في تفسير الأشياء يغلب عليها جملة من الخصائص، وأبرزها:

1- التجريد الانتقائي: بحيث يركز المكتئب على جوانب الضعف والقصور، ولا يرى إلا الملاح السلبية من النتائج.

2- فرط التعميم: ما يعني إسقاط التجربة الفاشلة على سائر الخبرات، وبصورة مطلقة.

3- الحط من شأن الذات وعزو المساوئ إليها، وما يشير إلى نزوع الفرد لتحميل نفسه مسؤولية الأحداث السيئة، من دون وجود ما يسوغ ذلك.

الأسباب:

أ- الشعور بالذنب: إن الأطفال الذين يشعرون بأنهم فاسدون أو سيئون يرغبون في أن يعاقبوا فهم يعتقدون أنهم يستحقون العقاب بسبب أفكارهم وتصرفاتهم السيئة، وعندما يشعر الطفل بالذنب قد يصبح غاضباً على نفسه ومكتئباً وقد يؤذي نفسه على نحو ما، أيضاً عندما يمر الأطفال بإحباطات مختلفة وظلم وقسوة من قبل آبائهم ومعلميهم وزملائهم وإخوانهم يظهر لديهم شعور بالغضب، فيوجه بعض الأطفال غضبهم الذي كان في الأصل متجهاً نحو الآخرين يوجهونه نحو ذواتهم، وبالتالي تظهر عليهم علامات الاكتئاب وقد يقودهم ذلك إلى إيذاء الذات.

الاكتئاب يأتي غالباً بعد أن تتكون قناعة لدى الفرد بأنه لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية، كذلك الشعور بالعجز واليأس قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة للهرب من موقف لا أمل فيه.

الحصول على الانتباه والحب والتعاطف أو قد يظهر بعض الأطفال مشاعر الحزن والاكتئاب أو إيذاء الذات من أجل الحصول على انتباه وتعاطف الأشخاص المهمين في حياتهم وخاصة عندما تكون هذه الوسيلة هي الوسيلة الوحيدة أو الأقوى للحصول على ذلك. كذلك قد يقوم بعض الأطفال بتلك السلوكات اعتقاداً منهم بأنهم بذلك يؤون آبائهم، وينتقمون منهم بهذه الطريقة وخاصة عندما يظهر الآباء استجابات تؤكد ذلك.

ب- **الصراعات الأسرية المتكررة والشديدة** قد تؤدي إلى مشاعر اكتئاب لدى الأطفال وخاصة الحساسين منهم كذلك الآباء المكتئبين عادة ما يظهر لدى أطفالهم مشاعر اكتئاب.

ج- **العوامل الفيزيولوجية**، قد يحدث الاكتئاب نتيجة وجود خلل في التوازن الهرموني، وخاصة لدى الفتيان أثناء البلوغ، أو نتيجة فقر دم ناتج عن نقص الحديد أو اضطرابات في الغدة الدراقية أو فيروسات وخاصة في المراهقين أو حساسية للطعام أو اضطرابات في سكر الدم.

العلاج:

1- إعمل على مناقشة مشاعر الحزن بتعاطف وبانفتاح وأفسح المجال للطفل ليعبر عن جميع مشاعره بما في ذلك مشاعر الذنب.

2- خطط لنشاطات ممتعة بالنسبة للطفل لإخراج الطفل من حالة الحزن.

3- ساعد الطفل على تحقيق أهدافه وخطوطه.

4- علم الطفل الحديث الإيجابي مع الذات.

5- أعمل على وقف سلوك إيذاء الذات باستخدام أساليب مختلفة مثل التصحيح الزائد، والأساليب السلوكية الأخرى والأدوية إن استدعى الأمر ذلك.

6- استخدام اسلوب التعزيز والمكافأة.

7- الأدوية والعقاقير.

5- الحساسية الزائدة:

الحساسية الزائدة هي أن يستجيب الشخص بشكل مبالغ به، وأن يشعر بأنه ذي انفعالياً بسهولة، فالطفل ذو الحساسية الزائدة لا يقبل النقد أو التقييم دون الشعور بالأذى، ويمكن أن يستجيب للشعور بالأذى بطرق مختلفة مثل الانسحاب أو الخجل أو الغضب أو الحزن الخ.

الأسباب:

1- مشاعر عدم الكفاءة، فالطفل الذي يشعر بأنه غير كفوء وغير جدير تظهر لديه حساسية عالية لأي شكل من أشكال النقد أو التقييم.

2- توقعات الطفل غير الواقعية من الآخرين، فالطفل الذي يتوقع الشيء الكثير من الآخرين يصاب بخيبة أمل على نحو مستمر، ويودي ذلك إلى تطوير حساسية زائدة عند ذلك الطفل.

3- قد يطور بعض الأطفال حساسية زائدة كطريقة فعالة لضبط الآخرين والحصول على ما يريدون.

قد يكون سبب الحساسية الزائدة عند بعض الأطفال تكويني فبعض الأطفال أجهزتهم العصبية تستجيب بشدة أكثر مما هو الحال لدى الأطفال العاديين.

6- الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية (obsessions and compulsions)

فيها يعاني المصاب من سيطرة أفكار وأفعال غير إرادية، تلح علية ولا

يمكن مقاومتها بحيث تظهر بشكل نمطي متكرر وذلك بسبب حالة القلق والتوتر الداخلي الذي يعانيه الشخص.

والقهرية هي نزعة لا تقاوم للتصرف بطريقة غالباً ما تكون غير منطقية فالقهر (Compulsion) هو سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض، ويلازمه ويستحوذ عليه ولا يستطيع مقاومته، رغم معرفته بغرابته، وعدم فائدته، ويشعر بالتوتر إذا قاومه وسخطه ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به.

فبعض الأطفال يشعرون بأنهم مجبرون للتصرف بطريقة آلية، والأفراد الذين يكونون قد طوروا شخصية قهرية يوصفون عادة بأنهم نظاميون يصعب إرضاءهم ودقيقون، وشديدو الاهتمام بالتفاصيل، كذلك فهم متزمتون عنيدون متسلطون مترددون بخلاء، ومن الأمثلة على الأفعال القهرية انحرافات الشخصية مثل لمس يد الباب عدة مرات أو المشي في ممر معين أو لمس أعمدة الكهرباء.. الخ.

الوسواس القهرية: مرض عضوي يصيب خلايا المخ وبالذات المواد الكيميائية المسؤولة عن توصيل الإشارات العصبية داخل خلايا المخ.

ويمكن تعريف الوسواس أو الأفكار الوسواسية بأنها أفكار غير معقولة أو غير ذات فائدة تندفع باستمرار داخل شعور الفرد، أيضاً الوسواس القهري هي فكرة معينة أو أفكار تشغل ذهن باستمرار وهي غالباً ما تكون غير مقبولة على الإطلاق.

وغالباً ما تصاحب حالة الوساوس بأفعال قهرية يكررها الفرد رغماً عنه. وهذه الأعمال القهرية هنا رمزاً للصراع النفسي داخل الفرد.

أما الأفعال القهرية:

أفعال غير معقولة أو غير ذي فائدة يشعر المرء باضطراره القيام بها، ويمكن ظهورها في الأشخاص الأسوياء في التوافق، مثال ذلك:

1- النقر على الخشب.

2- فرد الأشياء حتى تستقيم.

3- شد خيوط الكتان من أكمام الجاكيت.

4- النظام القهري، كالمبالغة في التنظيم حينما لا يوجد أهمية له أو ما يدعو له، مثل (فرد طرف السجاد أو تعديل وضع الأشياء على مائدة الطعام أثناء تناوله).

أما الأفعال القهرية في صورتها العصابية فتكون غير مقبولة عقلاً أكثر من السابق، وقد تنمو إلى أبعاد تتدخل بحدة (بعنف) في قدرة المريض على القيام بأعماله العادية الروتينية.

أعراض الأفعال القهرية:

تختلف الوساوس المرضية كثيراً في أشكالها، ولكن هناك استجابات كلاسيكية معينة يمكن ملاحظتها، وغالباً ما تدور الوساوس حول:

1- أفكار عن أفعال حقد عدوانية نحو الأهل أو الأزواج.

2- اهتمام خاص بالمرض والعدوى.

3- أفكار ارتدادية (أي كفر بالدين) تحدث لدى أشخاص متدينين جداً.

4- أفكار مصبوغة بلغة بذيئة فاحشة، أو بتفاصيل متطرفة، وربما أفعال جنسية منحرفة.

أيضاً تشمل بعض الأفعال القهرية العصابية ما يلي:

أ- العد مثل عد النجوم، أو وقوف سائق السيارة في مقدمة الطرق ليعد الطوابق للعمارة في مواجهته.

ب- غسل الأيدي (40-50) مرة في اليوم أو تكرار تنظيف السيدة بلاط المنزل بالماء والصابون عشرات المرات.

ج- تسليك الزور (كالنحنحة) دون وعي.

د- الهمس (التمتمة).

هـ- كثيراً ما تأخذ الأفعال القهرية شكل سلوك طقوسي، خاصة فيما يخص باللبس أو خلع الملابس.

و- الأفعال القهرية المضادة للمجتمع مثل:

1- السرقة القهرية.

2- الجمع القهري للأشياء المثيرة جنسياً.

3- التطلع الجنسي والتأمل في جسم الشخص من الجنس الآخر والاحتكاك به، وملامسته، وكشف أسراره.

أسباب الأفعال القهرية:

ترجع نظريات التحليل النفسي في نمو الشخصية أصل النوع الوسواسي القهري من ردود الأفعال إلى إجراءات مكبوتة صارمة فرضت على الطفل خلال فترة الطفولة.

إن تاريخ هذا النوع من الشخصيات العصابية يكشف دائماً عن تأكيد مفرط للنظام والنظافة، كما ينحو عادة إلى التطرف في يقظة الضمير والمثالية، كما أنهم يقومون غالباً بمجهودات واضحة يكونوا عطوفين ومتبصرين، ومحاولة قمع مشاعر الغضب، والدراسة المتلعثمة تكشف عن البخل والعناد في هذه الشخصيات.

والوساوس والأفعال العصابية تخفض التوترات بتنفيس الصراعات والحاجات اللاشعورية المسببة لها.

الوساوس والأفعال القهرية حينما تعبر عن نفسها قد تفيد كرمز للصراع، أو قد تفيد كتدابير دفاعية تمنع المادة المتصارعة من اقتحام العقل الواعي عليه كلية.

ومن الأسباب:

1- السعي وراء الشعور بالارتياح والأمن:

إن بعض الأطفال يقومون بالطقوس القهرية سعياً وراء الشعور الآمن، فالطقوس القهرية تعطي الطفل إحساساً بالأمن، وبهذا تعزز تلك الطقوس القهرية.

2- التخلص من التوتر وخفض الخوف.

3- التخلص من الشعور بالذنب والإثم وتأنيب الضمير عن طريق الانهماك في سلوك طقوسي، فالأطفال المتلؤون بمشاعر الذنب يحسون بأن عليهم القيام بجهد كبير لكي يبرروا وجودهم، فهم يشعرون بالذنب بسبب أخطاء بسيطة، فيبحثون عن أعمال هادفة وبناءة لتخلصوا من مشاعر الذنب.

4- الإحباط المستمر.

5- الخوف وعدم الثقة بالنفس والكبت.

6- التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الميسلطة.

7- التدريب الخاطئ المتشدد والمتسلط عن النظافة والإخراج في الطفولة.

8- تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوساوس والأفعال القهرية.

العلاج:

إن السلوك القهري يجنب الفرد الشعور بالتوتر وهو في نفس الوقت سلوك غير بناء وغير هادف لذلك يجب إعادة الاشراط بحيث يصبح الطفل قادر على التخلص من التوتر باستخدام سلوكات أخرى مثمرة بناءة، ودون اللجوء إلى تلك الطقوس القهرية فتدريب الطفل الاسترخاء يعتبر فعال جداً لتخليصه من التوتر دون القيام بالسلوك القهري.

أيضاً يمكن استخدام أسلوب الممارسة السلبية بحيث يطلب من الطفل أن يقوم بالسلوك القهري طوعاً بتكرار ولفترة طويلة إلى أن يصبح هذا السلوك مزعجاً ويجلب التوتر بدلاً من أن يخلصه من التوتر نتيجة التعب والإجهاد الذي يحصل لديه نتيجة تكرار ذلك السلوك بشكل كبير.

أيضاً يجب أن نعمل باستمرار على تعزيز السلوك غير القهري، فالأطفال عندما يتصرفون بطريقة غير قهرية يجب أن يمتدحوا وأن يكافئوا، ويجب تجاهلهم عندما يقومون بالسلوك القهري.

- **اضطرابات ما بعد الصدمة: (posttraumatic stress disorder)**

يعاني المريض بهذا الاضطراب من أعراض ظاهرة تشبه الأعراض الحادة

والثانوية المرافقة للهلع، ولكن بدايتها تكون في الوقت الذي يخبر فيه الشخص موقفاً أو حادثاً خطيراً مهدداً له (هذا الحادث موقفاً ضاغط باعث على الشدة النفسية والعصاب)، ويستبعد الشخص تلك الأحداث (الضاغطة) أو الصدمة بحيث تظهر بشكل رمزي في الأحلام أو خبرات بديلة تدل على الصدمة النفسية أو الموقف الضاغط وتعبر عنه، فأعراض القلق، واضطراب النوم، وتجنب المواقف المثيرة، أو بعض الأحداث، وخاصة الشبيهة أو المرتبطة (بخبرة الصدمة) هي من الصفات المميزة لهذا الاضطراب.

- **اضطراب التوافق المرافق بالمزاج القلق (Adjustment disorder with Mood)**

تضم هذه الفئة عدداً من المرضى الذين خبروا حالات من القلق في فترة سابقة من حياتهم المهنية أو الأسرية أو علاقاتهم الشخصية والاجتماعية.

وأعراضها: غالباً ما تكون محدودة بفترة زمنية معينة، ولكنها قد تكون شديدة أو تتطلب تدخلاً علاجياً.

وفيما يلي شرح مفصل لكل مشكلة:

❖الاستجابة التحويلية الهستيريا (Hysteria)

الهستيريا اضطراب في السلوك تتحول فيه الصراعات النفسية إلى أعراض جسمية.

وفي هذه الحالة يتحول الصراع إلى أعراض جسمية دون أن يكون لها أساس عضوي، **وتنقسم إلى ثلاث حالات هي:**

1- **الاضطرابات الحسية الهستيرية:** مثل حالات النقص في حس من الحواس أو فقدان حاسة اللمس أو التذوق.

2- **الشلل الهستيري:** عندما يصيب الشلل عضو من أعضاء الجسم مثل الذراع أو الرجل.

3- **الاضطرابات الهستيرية الحركية:** تظهر في حالة عدم سيطرة الفرد على لزمات حركية فجائية حادة في ذراعه أو رقبته أو جفن العين.

أعراض الهستيريا:

1- الأعراض الحركية: تتضمن الشلل الهستيري والارتجافات واللزمات والنوبات الهستيرية، فقدان الكلام، الغيبوبة الهستيرية.

2- الأعراض الحسية: فقدان الإحساس بالألم، العمى الهستيري، الصمم الهستيري، فقدان التذوق، أو الشم..

3- الأعراض الحشوية: منها الصداع، والقيء والغثيان الهستيري...

أما الأعراض الهستيرية التحويلية فهي شائعة لدى مرضى الهستيريا...

الفروق بين نوبات الهستيريا ونوبات الصرع:

إن التشخيص الدقيق يفصل دوماً بين الحالات، ويتحاشى كثيراً من الخطأ الشائع بين العامة والباحثين، **ولهذا لا بد من توضيح الفروق بين الهستيريا ونوبات الصرع بشكل دقيق:**

1- المصاب بنوبات الصرع غير واع لما يدور معه وحوله، بينما المصاب بنوبات الهستيريا هو عموماً واع لمن حوله.

2- في النوبات الهستيريه (الشدة الانفعالية) أقوى مما هي عليه في نوبات الصرع.

3- في النوبات الهستيريه يقوم المصاب بمحاولات الدفع والشد والقبض على ما حوله وكل ما يقع في يده، بينما المصاب بالصرع لا يفعل ذلك.

4- النوبات الهستيرية عموماً نفسية انفعالية لا يوجد بها تلف في الدماغ، بينما في الصرع التلف الدماغي ثابت ومؤكد، ويستعمل العلماء (الموجات الكهربائية) للكشف على الصرع وتمييزه عن الهستيريا.

5- النوبات الهستيرية وسائل هروبه من (متاعب نفسية) يعاني منها المصاب في أعصابه ونفسه، أما نوبات الصرع فهي (إصابة عضوية) دماغية.

7- الخجل:

الشخص الخجول يتجنب المشاركة في المحيط لاجتماعي الموجود فيه، وقد يكون نتيجة خوفه من الرفض أو الفشل أو من الانتقاد أو من الخزي، وتمثل هذه المشكلة في كثير من الأحيان نقص في مهارات الطفل الاجتماعية وضعفاً في ثقته بنفسه، مما يجعله ينزوي بعيداً عن الآخرين، ويبتعد عن التعامل معهم ومواجهتهم، ونرى الطفل الخجول حين يتفاعل مع الآخرين يخفض صوته، لا يتواصل بصرياً مع الآخرين، محمر الوجه، وقد يتلعثم في الكلام.

والطفل الخجول يفقد إمكانياته حالما يوجه أمام الغير، فيتردد ويرتبك ويحاول بشتى الوسائل أن يحول الانتباه عنه وأن يحتجب عن الأنظار. إن القيام بأية مهمة، مهما كانت، يُصبح لديه صعباً أو مستحيلاً حالما يجد نفسه في جماعة. إنه يخفق في ما هو بصدد القيام به إذا شعر أنه هدف لمراقبة الغير.

الشخص الخجول هو شخص يتجنب المشاركة في المحيط الاجتماعي الموجود فيه، وقد يكون ذلك نتيجة خوفه من الرفض أو من الفشل أو من الانتقاد أو من الارتباك أو الخزي، أو قد يكون نتيجة لصعوبات جسدية، تولد لدى الشخص مشاعر النقص، والخجول هو شخص تولدت لديه مشاعر النقص، والخجول هو شخص تقديره لذاته منخفض ويفتقد الثقة بالذات، والشيء الذي يؤسف له هو أن الأطفال الخجولين عادة ما يتم تجاهلهم ذلك لأنهم لا يسببون إلا قدراً قليلاً من الإزعاج مقارنة مع الأطفال الآخرين الذين يقومون بالإزعاج طلباً للانتباه.

وعندما يكون الفرد خجولاً فإنه نتيجة لذلك يفقد عدداً كبيراً من العلاقات الاجتماعية فالخجلون لديهم حساسية مفرطة للرفض، يرفضون الدخول في علاقات شخصية متبادلة إذا لم تتوفر له الضمانات الكافية للقبول وعدم النقد أو الرفض، فهو شخص يتصف بالانسحاب الاجتماعي ويبالغ في طلب العطف والحنان والتقبل، تقديره لذاته منخفض، وغير قادر على الاستجابة للمواقف الاجتماعية بطريقة جذابة، ويتحدث بتردد وتحفظ وابتسامته غير تلقائية ويعجز عن المحافظة على الاتصال البصري مع الآخرين أثناء تفاعله معهم.

إن الأطفال الخجولين غالباً ما يتجنبوا غيرهم، وهم جبناء يخافون بسهولة غير واثقين وغير حيويين ومترددون، ويتجنبوا الألفة والاتصال بالآخرين ولا يقومون بالمبادرة، وعلى الأغلب يبقون صامتين وإن تحدثوا يتحدثون بصوت خافت، وينظر لهم الآخرون عن أنهم أغبياء ينبغي تجنبهم ما يزيد من مشاعر

الخجل لديهم، وانتشار الخجل واسع جداً إذ أن حوالي (40٪) من المراهقين يصفون أنفسهم بأنهم خجولين.

إن الأطفال الخجولين حساسون لا يقدمون أنفسهم بشكل جيد، يشعرون بعدم الارتياح ويعانون غالباً من أعراض القلق وغير مستقرين، ويشعرون بالنقص ويعتقدون أن الآخرين يفكرون بهم على نحو سيء وأن الاتصال مع الآخرين بالضرورة سوف ينتهي بخبرة سلبية مريرة، وهذا الخوف غالباً ما يكون مصحوباً بسلوك اجتماعي غير مناسيب يتضمن الارتباك وعدم البراعة ومحدودية اللغة.

أسباب الخجل:

1- تسمية الذات كخجول (Self Lable as Shy):

يظهر نمط تسمية الذات عندما يتقبل الأطفال أنفسهم كخجولين، وذلك عندما يدركون المواقف من خلال شعورهم بالخوف ونقدهم للذات، فهم يتصرفون كما لو أن عليهم أن يثبتوا بأنهم فعلاً خجولين وغير مؤكد لذواتهم ويهملون أية معلومات أو حوادث تتناقض مع هذا الإدراك، فهم لا يعتقدون بأن أي مديح يوجه إليهم يمكن أن يكون صحيحاً، وتصبح قناعتهم" إنني شخص خجول، هذه هي شخصيتي"، وبما أنهم يحسون بالنقص فهم يتجنبون أي اتصال مع الآخرين كي لا يكتشف نقصهم، ومشاعر النقص الموجودة لديهم تمنعهم من القيام بأي سلوك يمكن أن يؤدي إلى حصولهم على ما يريدون، بحيث يقلل ذلك من شعورهم بالنقص ومن المعتاد أن يكرر الشخص الخجول حديثاً سلبياً مع الذات كأن يقول أنني لا أستطيع التحدث مع أحد، إنني أعرف بأنهم سوف يسخروا مني من الأفضل أن لا أقول شيء لأنني سوف أبدو كأحمق.

2- نموذج الوالدين (ParentalModeling):

الأبوين الخجولين غالباً ينتجان أطفالاً خجولين، إذ يؤدي ذلك إلى مزج القوي الوراثية التي تحمل استعداداً للخجل والعيش مع نماذج من الراشدين الخجولين، فالأب الخجول مثلاً يقدم نموذجاً لشخص خجول قد يقلده الابن، أيضاً الطفل عندما يعيش نمط حياة قائم على الخجل مقاد بوالديه، فالاتصالات الاجتماعية تكون في حدهما الأدنى والتحدث مع الآخرين يتم باستخدام مصطلحات الخوف وعدم الثقة كل هذا يقود الطفل لأن يصبح خجولاً.

3- المزاج أو الإعاقة الجسمية:

غالباً ما تؤدي الإعاقة الجسمية إلى الخجل، فالإعاقة الظاهرة التي تجعل بعض الأطفال مختلفين عن غيرهم قد يؤدي بهم لأن يصبحوا حساسين جداً، فهم يتجنبون الآخرين حتى لا يحدقوا بهم أو يتحدثوا عنهم، أما الإعاقات الخفية كعدم القدرة على التعلم أو مشكلات التعبير اللغوي فقد تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي.

4- مشاعر عدم الأمن:

إن الأطفال غير الآمنين لا يشعرون بالطمأنينة الكافية لكي يغامروا بتعريض أنفسهم للآخرين، إذ يفتقروا إلى الثقة بالذات، ويخيفهم في مغامرات اجتماعية، كما أنهم مشغولين بمحاولة الشعور بالأمن وتجنب الإحراج، ومن الأسباب التي تقود إلى شعور الطفل بعدم الأمن ما يلي:

أ- الحماية الزائدة (Overprotection):

الأطفال الذين يحميهم الوالدين حماية زائدة غالباً ما يكونوا اعتماديين وغير فاعلين، وبسبب الفرص المحدودة لهم للمغامرة، فإنهم يصبحون هادئين

وسلبيين وخجوليين، إن الأطفال الذين يتعرضون للحماية الزائدة من قبل الوالدين قد يبتعدون خجلاً عن الآخرين لأنهم لا يحبون التعامل مع الأشياء إلا إذا سارت على هواهم ولذا فهم لا يستطيعون التفاوض أو الأخذ والعطاء في علاقاتهم مع الآخرين.

ب- عدم الميل (Desinterest):

يظهر بعض الآباء نقصاً في الاهتمام أو العناية بأطفالهم وقد يكون ذلك بسبب عدم وجود اهتمام بالأطفال بشكل عام أو بسبب القناعة بأن الاتجاه الأبوي القائم على عدم الاهتمام يساعد على تنمية استقلالية الطفل، وبدلاً من أن يؤدي عدم اهتمام الوالدين إلى الاستقلالية فهو يؤدي إلى شخصية خائفة خجولة، فهؤلاء الأطفال يشعرون بأنهم غير جديرين باهتمام الآخرين ولا يمتلكون الثقة الداخلية الضرورية للمغامرة الاجتماعية.

ج- النقد (Criticism):

الآباء الذين يكثرون من توجيه النقد لأطفالهم، سواء على نحو واضح أو خفي، غالباً ما يطورون لديهم حالة من الجبن وبما أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يتلقون استجابات سلبية من الراشدين فإنهم يصبحون مترددين وغير متأكدين، وخجولين فالنقد الزائد يقود إلى شخصية خائفة خجولة.

د- الإغاظة (Teasing):

الأطفال الذين يتعرضون للسخرية والإغاظة قد يصبحون خجولين، فقد يهزأ الآباء والإخوة على نحو متكرر من الأطفال الذين يبدون ضعفاً ويستجيبون بالانسحاب من مواجهة الآخرين، فهم يتجنبون الاتصال الاجتماعي تجنباً للسخرية وذلك بسبب حساسيتهم العالية وخوفهم من أن يكونوا موضعاً للنقد

أو النبذ أو الإحراج، فالسخرية من الطفل بشكل مفرط تقوده لأن يصبح خجولاً سريع الحرج.

هـ- عدم الثبات.

اتجاه التنشئة القائم على عدم الثبات قد يؤدي إلى الخجل فالآباء قد يكونوا حازمين جداً ثم متساهلين جداً أو عطوفين ثم غير مهتمين، وبالنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين ولا يعرفون ماذا يتوقعون، وقد يصبحون خجولين في البيت والمدرسة كما يمكن لبعض الأطفال أن يكونوا خجولين في البيت فقط ويقضي هؤلاء الكثير من الوقت باحثين عن أناس ثابتين كلياً في تعاملهم معهم.

و- طفل المعلم المدلل (Teachers Pet):

من الشائع أن نرى الأطفال الخجولين وقد أصبحوا معتمدين على المعلم مما يؤدي إلى دائرة مفرغة، لأن طفل المعلم المدلل يصبح موضعاً لسخرية الآخرين، وغالباً ما يعزز المعلمون هذا النمط عن طريق حبهم وعطفهم على الأطفال الخجولين اللطيفون الذين غالباً ما يصبحون أكثر اعتماداً على الراشدين وأكثر خجلاً من رفاقهم.

أما الأسباب التي تعود إلى علاقات الطفل بمحيطه العائلي وخاصة الوالدين. ومنها:

1- التربية المتسلطة

2- الاحتضان المفرط.

3- طموح الوالدين المفرط بالنسبة لطفلهما.

4- الاهتمام المفرط لدى الأهل برأي الناس.

5- علاقة الطفل بإخوته.

6- قلة صبر الأهل على الطفل الناتجة من إفراط نشاطهم.

7- عدم الاهتمام الكافي من قبل الأهل بما يريد الطفل أن يعبر لهم عنه.

مظاهر الخجل:

1- موقف الطفل الخجول يتصف بشكل عام بتردد وعدم ثقته بالنفس تتخللها محاولات إقدام متعثرة يعقبها فجأة تقهقر إلى المواقف السابقة، هذا الموقف يعبر عن ذاته بمظاهر شتى تظهره بادياً للعيان وتزيد بالتالي من تأزم نفسية صاحبها ومنها:

1. احمرار الوجه.
2. اضطرابات في الأحاسيس والنطق والذاكرة.
3. العجز عن التعبير عن حاجاته.
4. التهرب من العلاقات الاجتماعية.
5. تجنب الألعاب الجماعية.
6. السعي إلى الأوضاع التي تضمن له الظهور بمظهر الأقوى.

طرق الوقاية:

1- **شجع النشاطات الاجتماعية وكافئها:**

إعمل على أن يحصل الطفل من عمر مبكر على أكثر ما يمكن من الخبرات السعيدة والسارة في علاقاته مع الرفاق، إن زيارة الناس الذين لديهم أطفال من

عمر طفلك تعتبر من الخبرات المساعدة جداً، وأيضاً الرحلات التي يشارك فيها طفل أو أكثر من الخبرات الممتعة، كذلك إعمل على مكافأة الطفل عندما يقوم بنشاط اجتماعي، فالابتسامة من قبل الأب أو الأم عندما يقوم الطفل بالتحدث أو اللعب بشكل لطيف تعتبر بمثابة تعزيز تمثل هذه السلوكات، فأي محاولة يقوم بها الطفل لكي يكون اجتماعياً يجب أن تكافأ بالابتسامة أو بالكلمة الطيبة، ويجب أن لا يسمح للأطفال بأن يبقوا في عزلة عن الآخرين لفترات طويلة كأن ينفردوا بمشاهدة التلفاز لعدة ساعات.

2- شجع الثقة بالذات والتصرف الطبيعي:

ينبغي تشجيع الأطفال ومدحهم لاعتمادهم على أنفسهم ولتصرفهم على نحو طبيعي، وعندما يتحدث الطفل ويسلك بحرية يجب أن يشجع، ويمكن تعليمهم أنه ليس من الضروري أن يتوافقوا مع كل شخص، فمن الطبيعي أن لا تكون محبوباً من قبل كل الناس، والمهم أن لا يتم تعزيز الخجل بشكل غير مقصور عن طريق التحدث عن سلوك الخجل كسلوك لطيف ومهذب، ويجب تجنب الحماية الزائدة وتجنب اتخاذ القرارات نيابة عن الطفل لأن ذلك من أهم أسباب عدم الثقة بالذات.

3- شجع تطوير المهارات والتمكن منها:

ينبغي مساعدة الأطفال للشعور بالكفاءة والمقدرة والأهمية إذ أن اعتبار الذات ينمو لدى الطفل من خلال قدرته على التحكم الفعال بالبيئة، وينبغي أن يعطي الأطفال مهمات فيها تحدي بسيط بحيث يتكرر شعورهم بالنجاح وينبغي تعليم الطفل المهمات اللازمة للتفاعل مع الآخرين.

4- زود الطفل بجو من التقبل والدفء:

إن الحب والانتباه لا يفسد الأطفال، وكل زيادة في الحنو والتقبل تعتبر أفضل، ويجب أن يسمح للطفل بأن يقول لا في المواقف التي يستطيعون ممارسة الاختيار فيها، لأن هذا يشعرهم باستقلاليتهم وبأنهم موضوع احترام وتقبل حتى لو أنهم لم يتفقوا معك، بمعنى تقبل الأطفال والاهتمام بهم بشكل إيجابي غير مشروط، فالطفل يجب أن يشعر بأن الأسرة هي مصدر دعم له.

العلاج:

عند تطوير أي إستراتيجية علاجية للخجل يجب أن تحقق هذه الإستراتيجية الأهداف التالية:

1- زيادة وتنمية المهارات الاجتماعية لدى العميل الخجول والتي من خلالها يصبح أكثر قدرة على التفاعل مع الآخرين ويصبح أكثر مشاركة لم.

2- تزويد العمل بإستراتيجية حياة شاملة تمكنه من تطوير وتنمية علاقات شخصية حميمة مع الآخرين.

3- تزويد العميل بفلسفة اجتماعية تمكنه من أن يصبح أكثر توجيهاً لسلوكاته وتنظيم مفهومه عن التقبل والحساسية.

4- تمكين العميل من تركيز انتباهه على الآخرين وعلى كيفية التفاعل معهم بدلاً من الانشغال بمراقبة الذات وتقييم الذات بمعنى أن يصبح الآخرين هم بؤرة انتباه العميل بدلاً من أن يكون هو بؤرة انتباهه.

هناك عدة أمور يجب أخذها بعين الاعتبار عند معالجة مشكلة الخجل لدى الأطفال:

1- إعمل على تحديد السبب الذي يقف وراء سلوك الخجل وبما أن الأطفال

عادة يكونون غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم لفظياً يمكن استخدام لعب الدور أو الصور والألعاب، والقصص، والعلاج باللعب، أو أي تكنيك مماثل حتى نفهم الطفل بشكل أفضل، فالأطفال غالباً ما يعبروا عن مشاعرهم من خلال تلك التكنيكات.

2- إعمل على تطوير علاقة قائمة على الثقة مع الطفل وحاول أن تستخدم الاستماع الفعال حتى تزيد من فهمك للطفل.

3- تجنب إرباك أو تعقيد الطفل الخجول من خلال السخرية من خجله، أو من خلال دعوته للقيام بنشاطات تسبب له الحرج والارتباك، دون أن يكون قد ناقش ذلك مع الطفل ودون أن يكون الطفل الخجول قد تلقى التدريب والاستعداد الكافي لذلك، فإن ذلك يقود إلى نتائج سلبية على الطفل، فمثل ذلك التصرف قد يقود إلى إرباك الطفل الخجول وإلى زيادة خجلة وتعقيده أكثر.

طرق علاج مشكلة الخجل:

1- علم وكافئ المهارات الاجتماعية:

أي محاولة يقوم بها الطفل الخجول لإقامة علاقة مع الآخرين يجب أن تعزز، ويمكن أن يستخدم أسلوب التعزيز الرمزي مع الطفل لتقوية مثل هذه السلوكات الاجتماعي، بحيث يحصل الطفل على نقاط معينة لانخراطه في أي سلوك اجتماعي، ويستبدل هذه النقاط بمعززات فيما بعد، ونظام النقاط ينبغي تصميمه بحيث يؤدي إلى السلوك الأكثر صعوبة، فمثلاً الذهاب إلى حفلة والتحدث مع مجموعة من الأطفال يكسبه نقاط أكثر من إلقاء التحية.

ويمكن التدرج مع الطفل من السلوكات السهلة إلى السلوكات الأكثر صعوبة، ويجب تجنب توجيه أي انتقاد للطفل عند القيام بمكافأة التحسن.

بالنسبة للتدريب على المهارات الاجتماعية يمكن أن يتم حسب الخطوات التالية:

1- إعطاء التعليمات للطفل، ومن ثم تقديم معلومات عن الأداء ومن ثم تكرار السلوك، وبعد ذلك النمذجة، فإعطاء التعليمات يتضمن توضيح الطرق المحددة للاتصال بالناس وتقديم المعلومات عن الأداء يساعد بطريقة واقعية في أن يعرف الطفل مستوى مهاراته ويقوم بتحسينها،وتقديم المعلومات عن الأداء يجب أن لا يتضمن إصداراً للأحكام، والنمذجة تتم بأن يرى الطفل أطفالاً آخرين وهم يتصرفون بدون خجل، ومن خلال تكرار السلوك يقوم الطفل بالتدريب على السلوكات المطلوبة والأساسية في ذلك، إن الأطفال يستمتعون بتمثيل أدوار مختلفة، فمن الطرق الفعالة أن تجعل الطفل الخجول يمثل دور طفل أكثر شعبية، ومن المفيد استخدام أسلوب عكس الدور.

ويمكن أن نطلب من الطفل أن يقوم بإعداد قائمة بالأمور التي يرغب بأن يصبح قادراً على القيام بها، مثل الانخراط في مجموعة الأصدقاء، التحدث مع شخص مهم، لعب لعبة معينة، وعندما يقرر الطفل السلوك الذي يود أن يصبح قادراً على القيام به يمكن استخدام التدريب على المهارات لبلوغ ذلك السلوك، ويجب دفع الطفل لاختبار هذه السلوكات في الواقع بعد أن يكون قد تدرب عليها.

أيضاً يمكن تعليم الطفل الخجول المهارات الاجتماعية من خلال تقديم نموذجاً لطفل غير خجول، ومن ثم نطلب من الطفل الخجول ملاحظة هذا النموذج لعدة أسابيع، وبعد ذلك نطلب منه أن يحدد السلوكات التي يقوم بها النموذج والتي يرغب بأن يصبح قادراً على فعلها، وبعد ذلك يدرب الطفل عن هذه السلوكات ومن خلال التكرار ولعب الدور يصبح الطفل قادر على فعل تلك المهارات، بعد ذلك يجب دفعه لاختبار هذه السلوكات والمهارات في الواقع.

2- قلل الحساسية من الخجل:

ويمكن تعليم الأطفال بأن المواقف الاجتماعية ليست مخيفة، كما ويمكن أن يرتاحوا لهذه المواقف ويصبحوا اجتماعيين أكثر من خلال خطوات تدريجية، ويمكن استخدام مخيلة الأطفال لهذا الغرض استخداماً بناء، بحيث يعلموا إرخاء كل عضلاتهم ليشعروا بالاسترخاء التام، والاسترخاء هو مضاد مباشر للقلق، وعندما يكون الطفل مسترخ يمكن أن يطلب منه أن يتخيل أنه يقوم بسلوكات اجتماعية لم يكن قادراً على القيام بها، وبشكل تدريجي يمكنهم تخيل أنفسهم وهم يقومون بسلوك اجتماعي كانوا يعتبرونه في السابق مخيفاً، ومن الضروري أن يقوموا بعد ذلك بتجربة هذه السلوكات واقعياً على نحو تدريجي.

وتدريجياً يمكن أن يصار إلى تقليل حساسية الأطفال من المشاعر السلبية المقترنة بالتفاعل الاجتماعي، بمعنى آخر يمكن استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي من أجل التخلص من مشاعر القلق المرتبطة بالمواقف الاجتماعية والتي بدورها تقود إلى الخجل والانسحاب.

3- **تشجيع الجرأة:**

يجب تعليم لأطفال التغلب على الجبن والخوف والحرج من التعبير عن أنفسهم، وبالتالي يجب أن يسمح للطفل بأن يعبر عن مشاعره بصراحة، ويمكن أن يتعلم الأطفال أن يكونوا أكثر جرأة من خلال مساعدتهم للآخرين.

ويمكن تشجيع جرأة الطفل من خلال إعطائه فرصة تحمل المسؤولية كأن يطلب منه تحمل مسؤولية إحضار الرسائل من البريد، أو إطعام السمك، أو ري النبات، أو المساعدة في إعداد برامج الإذاعة المدرسية، أو الرد على التليفون وغيرها من الأعمال، وهنا يجب أن ينتبه المعالج إلى أن أمر هام وهو تجنب الطلب من الطفل القيام بأعمال تسبب به الارتباك أو التعقيد، أو أن يؤكل للطفل القيام بأعمال شاقة.

4- **أشرك الطفل في مجموعات اللعب الموجه أو التدريب على المهارات:**

عندما ينخرط الأطفال الخجولين في نشاطات جماعية فإن بعض الحديث والتفاعل يحدث بشكل طبيعي، ويمكن من خلال هذه المجموعات استخدام ألعاب مختلفة والتي تساعد الأطفال على التعبير عن أنفسهم أمام الآخرين، ويمكن بعث الطفل الخجول مع أطفال آخرين للقيام بمهمات اجتماعية، ومثل هذه البرامج تساعد الطفل على التعرف على أطفال آخرين جدد، أيضاً يمكن اشتراك الطفل الخجول في ألعاب جماعية، ويجب اختيار الألعاب التي تتطلب اتصال الأطفال بعضهم ببعض ومساعدة بعضهم بعضاً.

5- **علم التحدث الإيجابي مع الذات:**

إن أكثر العناصر التي تساعد على استمرار الخجل هو قناعة الفرد بأنه ذو

شخصية خجولة، فالحوادث تُرى وتُفسر من خلال الإدراك القائم على الخجل، على نحو يجعلها تدعم باستمرار مفهوم الذات بأن الطفل شخص خجول لا يستطيع إقامة علاقات مع الآخرين، ويمكن مساعدة الأطفال لتعلم التحدث الإيجابي مع الذات، والتركيز على جوانب القوة لديهم وإمكانياتهم الكامنة وغير المستغلة، ويمكن تدريب الطفل على التحدث الإيجابي مع الذات من خلال ترديد بعض الجمل مثل" أنني شخص جيد وقادر على القيام بتلك الأمور، سوف أقول ما أعتقد حتى لو لم يعجب بعض الناس، إذا ضحك بعض الناس من أقوالي فإن هذا لن يكون نهاية العالم، بمعنى يمكن استخدام العلاج العقلاني من أجل تغير الطريقة التي يفكر بها الأفراد الخجولين حول أنفسهم.

6- الطفل الخجول قد يستفيد من التدريب التدعيمي:

بحيث يقوم المعالج بتدريب الطفل الخجول على مهارات توكيد الذات، وهنا يطلب من الطفل الخجول أن يكُون قائمة تتضمن المواقف التي تود أن يصبح فيها أكثر تأكيداً لذاته ومن ثم يقوم المعالج باستخدام أساليب التدريب التدعيمي لتدريبه عليها.

7- تدريب الطفل على مواقف التفاعل الاجتماعي بشكل تدريجي وبجو آمن خال من التهديد بين الأب أو الفرد.

8- تشجيع الطفل على إقحام المواقف الاجتماعية حتى لو نجم عن ذلك ارتكاب أخطاء.

9- توفير الفرص أمام الطفل لأن يعبر عن نفسه بشتى الوسائل، ومن وسائل هذا التعبير عن الذات، ممارسة السلوكيات التالية:

1. الرسم
2. الأشغال اليدوية على أنواعها.
3. الرياضة على أنواعها.
4- الرقص الفولكلوري.
5- التمثل.

ثانياً: اضطراب العادات (Habit Disorders):

1- مشكلة مص الإصبع:

مص الإبهام هو عبارة عن قيام الطفل بدس إبهامه في فمه وإغلاق الشفتين عليه ويتلو ذلك حركات مص من الشفتين والوجنتين واللسان، ويكون ظفر الإبهام عادة إلى أسفل وفي هذه الأثناء غالباً ما يمسك الطفل باليد الأخرى جزءاً من الجسم مثل الأذن أو الشعر.

الامتصاص هو أحد الأفعال التي يقوم بها الطفل المولود، وعن طريق هذا فالطفل لا يتناول طعامه فحسب بل يتعرف إلى أولى الأحاسيس اللذيذة التي ستحفل بها حياته، والمص فعل طبيعي جداً وبسيط تماماً وملائم للطفل الذي يولد وهو لا يملك وسيلة أخرى لتغذية نفسه، حين يكبر تزداد حركاته فتمتد يداه إلى هنا وهناك وكل الجوانب... وسرعان ما تجد طريقهما إلى فمه، وإذا بأصابعه (غالباً ما يكون الإبهام) تلمس شفتيه فيمصها كرد فعل حالما تتنبه

الشفتان واللسان، فيحس باللذة من هذا المص، يكرر التجربة مرة بعد مرة، ثم تنقلب عنده إلى عادة هي عادة مص الإصبع أو الإبهام.

هناك عادة مص الإصبع في أولى مراحل الطفولة، فإذا هي تعدت هذه المراحل كانت دليلاً على أن الطفل إنما يعتمد عليها في سعيه للتخفيف من حدة قلق يشعر به.

وعند تقديم الأم الطعام والشراب والأشياء له ينسى مص الإصبع ويتعرف إلى ملذات وأفراح أكثر حاجة، ولكن إذا لم تحقق للطفل الملذات الجديدة فمن الجائز أن يمارس مص إصبعه حتى تصبح عادة قوية آسرة، والباحثين يُعدون عادة مص الإصبع طبيعية طالما كان الطفل صغيراً، أما إذا كبر وتجاوز مرحلة الرضاعة وأخذ يمشي ويتكلم ويقوم بأعمال مختلفة مثل الكبار، ورغم ذلك يمص اصبعه، وأصبحت عادة، فإننا نبدأ بالقلق شاعرين أن شيئاً غير طبيعي.

إن علاج مص الإصبع في المرحلة الأولى شيء لا بد منه أن يكون بزيادة كمية حليب الرضاعة، أيضاً إحاطة الطفل بمزيد من الحب والحنان، وتستطيع الأم سحب إصبع طفلها من فمه أثناء نومه، والخطر من استمرار هذه العادة إلى ما بعد الطفولة الأولى إنما هو في التشويه الذي يطرأ على أسنان الطفل أو سقف حلقه من جرائها، ويحسن بالآباء أن يشجعوا طفلهم على التغلب على تلك العادة بنفسه، بالثناء عليه والتصفيق له إذا نجح، وبالإحجام عن معاقبته إذا فشل، يهون الأمر كثيراً وتتماثل المشكلة إلى الحل السريع، أما وضع المواد المرة على أصابع الطفل أو وضع الأكف في يديه، أو شد أصابعه على نحو ما بأداة معدنية، فإجراءات لا يجوز اللجوء إليها إلا كمحاولة أخيرة.

أسباب مص الإصبع:

في الغالب ليس هناك سبب واضح، ولكن هناك نظريات منها:

1- عدم تمكن الطفل من الرضاعة الطبيعية مدة كافية.

2- ظاهرة متصلة بالجوع.

3- رد فعل للشعور بعدم الأمان والخوف.

4- وجود قلق نفسي أو حرمان عاطفي.

5- من النادر وجود أسباب في الأسنان أو اللثة.

وقد يؤدي مص الإصبع إلى:

1- يؤثر في تنظيم الأسنان الطبيعي.

2- إدخال الميكروبات للفم.

3- إدخال التراب والمواد السامة الأخرى للفم وابتلاعها.

4- قد يؤدي إلى جروح والتهابات في الإبهام- الإصبع أو الأظافر.

نصائح للأهل لإقلاع عن هذه الحالة:

1- اكتشفوا السبب الذي يحمل طفلكم على أن يمص إصبعه.

2- اذكروا أن طفلكم بحاجة إلى فعاليات جديدة ومتنوعة تتمشى مع نموه وكبر سنه.

3- اعلموا أن طفلكم سينسى بطبيعة الحال عادات أيامه الأولى (ومنها المص) طالما أنه أخذ يكتشف ويمارس نشاطات حديثة وعادات من مباهج جديدة.

4- أنه إذا أتيحت للصغير فرص تجربة الأشياء ومشاهدتها، وإذا شجعه الكبار على أن يكتسب الأشياء المستخدمة والجديدة.

5- إذا كانت حياة طفلكم معكم سعيدة ومبهجة فإنه لن يتشبث أبداً بسلوك الطفولة أو بأفعاله التي ألفها في أيامه الأولى من حياته.

العلاج:

1- التجاهل وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار الذين لا تزيد أعمارهم عن ست سنوات لأن معظم الأطفال بعد سن خمس سنوات يقلعون تدريجياً عن هذه العادة، ولأن خلق قضية حول ذلك قد يزيد الأمر تعقيداً.

2- إعطاء الأطفال الذين يقومون بهذه العادة والذين أعمارهم تزيد عن (7) سنوات توجيهات حول الآثار السلبية لذلك، ودفعهم للإقلاع عن هذه العادة والصبر عليهم، لأن ترك هذه العادة لا يحدث بشكل مفاجئ وسريع.

3- يمكن استخدام أسلوب الثواب والعقاب أو أسلوب الممارسة السلبية، وكذلك يمكن استخدام أسلوب تكلفة الاستجابة أو تعزيز السلوك النقيض، أو أي أسلوب سلوكي آخر مناسب لمساعدة الطفل على ترك تلك العادة.

4- استخدام أدوات تركب على الأسنان، حيث تركيب مثل هذه الأدوات لدى الأطفال الذين يزيد أعمارهم عن ست سنوات وذلك من قبل طبيب الأسنان، وهذه الأدوات إما أن تمنع إبهام الطفل من الوصول إلى سقف الحلق وبذلك تقل المتعة، أو أن تحتوي على نتوآت حادة يمكن توجيهها

صوب اللسان أو سقف الحلق، وبالتالي يؤدي مص الأصبع إلى تلامس مؤلم مع تلك النتوءات أو إلى دفع النتوءات أو إلى سقف الحلق، وباستخدام هذه الطريقة تنتهي الحالة بعد حوالي أسبوع.

5- توجيه الطفل للآثار السلبية حول مص الإصبع.

6- الاهتمام بتغذية الطفل.

7- إشعار الطفل بالأمان.

8- الاتفاق مع الطفل بتذكيره بضرورة الإقلاع عن هذه العادة.

9- تعويده على شغل يديه بعمل مفيد.

10- الاسترخاء والإيحاء.

2- مشكلة قضم الأظافر:

قضم الأظافر ظاهرة تدل على وجود القلق والتوتر النفسي، حيث يصاحب ذلك انفعال الغضب أو الشعور بالحرج، وتنتشر هذه الظاهرة بين الأطفال- ذكوراً وإناثاً- ممن يعيشون في بيئة تسبب لهم الشقاء، لذا فإن هذه الظاهرة تنتشر بين الأطفال الذين تربوا في مؤسسات داخلية بعيداً عن الأسر الطبيعية، أو بين من تربوا في بيئة غير سوية كالأسر المفككة. كما أنها تنتشر بين المراهقين والمراهقات. ولا تعتبر هذه العادة ظاهرة مرضية إذا لازمت الأطفال في السنين الأولى من حياتهم، أما إذا استمر الطفل في قضم أظافره كلما تقدم بالعمر فهنا تكمن الخطورة حيث تعبر هذه العادة عن اضطراب نفسي، وغالباً ما يصاحبها الاستغراق في أحلام اليقظة أو الاكتئاب عند الكبار.

وأثبتت الدراسات أن هناك علاقة بين التوتر العصبي من جهة العادات اللاوظيفية مثل عادة قضم الأظافر، من جهة أخرى حيث تكثر ممارسة هذه العادة عند الأفراد الذين لديهم ضغط عصبي، لذا يلجأ العديد من هؤلاء الأفراد إلى قضم أظافرهم كوسيلة للتخلص من الضغط النفسي الموجود لديهم.

أيضاً أثبتت الدراسات وجود علاقة بين عادة قضم الأظافر وكل من العمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأفراد.

وتعتبر مشكلة قضم الأظافر أهم العادات العصبية الشائعة عند الأطفال وخاصة بعد السنة الأولى من عمرهم، وتشير الإحصائيات المختلفة إلى أن هذه العادة تبدأ من عمر أربع إلى ست سنوات بما نسبته (28 -33٪)، وترتفع هذه النسبة إلى أن تصل أقصى مدى لها في عمر عشر سنوات، حيث وصلت حسب بعض الدراسات إلى ما نسبته (45٪)، وقد تستمر هذه العادة إلى مرحلة المراهقة المتأخرة، وتمتد أحياناً إلى فترة البلوغ، وتزيد نسبة ممارسة عادة قضم الأظافر بمرة ونصف لدى الإناث عنها لدى الذكور، وتكون أحياناً مصحوبة بقضم أظافر الأرجل أيضاً.

إننا لا نستطيع فهم الاضطرابات النفسية عند الطفل دون معرفة عميقة بتاريخه الشخصي الفردي في أسرته، إن الأسرة المضطربة هي سبب صعوبات الطفل النفسية والعصبية، فما يعانيه هذا الطفل يكون انعكاساً لبيئته العائلية من حيث علاقة الأبوين ببعضهما، وبالولد، وما إلى ذلك.

إن المشاكل النفسية والحدة النفسية التي تتفاقم في داخل نفس الطفل فتدفعه ليصنع شيئاً حتى ينجو منها فيلجأ إلى قضم الأظافر ويدل ذلك على وجود اضطراب داخلي أو قلق، وليس من السهل دوماً أن نعرف أسباب القلق.

ويقضم الطفل غالباً أظافره ليخفف من حدة شعوره، أو ينجو من قلق يشل قواه ويسيطر عليها، والطفل الذي يعض على شفتيه، والبنت التي تلف خصلات شعرها بأصبعها، ورمش العين بعصبية، أو فرقعة الأصابع، والطفل لا يكف عن قضم أظافره لمجرد تنبيه ذويه الكبار فيمنعونه من ممارستها أو يدهنون أصابعه بمادة مرة أو كريهة المذاق.

الأطفال الذين يقومون بقضم أظافرهم قد لا يتخلصون من هذه العادة مع تقدم العمر، حيث أنه حتى بين طلبة الجامعات فإن قضم الأظافر يمثل مشكلة، لا يستهان بها، فالأظافر التي تتعرض للقضم تبدو قبيحة وكثيراً ما تتقرح وتدمى، وقد وجد أن هذه العادة أكثر شيوعاً عند الإناث منها بين الذكور، وغالباً ما يخجل قاضموا أظافرهم من إظهار أظافرهم أمام الناس، وقد يظهر عليهم القلق والارتباك والانسحاب في المواقف الاجتماعية.

وهذه العادة من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير، لأن من يقضمون أظافرهم يقومون بهذه العادة أثناء عزلتهم وتحت ظروف معززة مما يؤدي إلى إنقاص الدافع للتغير. هذا فكلما بكر في إيقاف هذه العادة كلما كان ذلك أفضل.

الأسباب:

أ- التخلص من التوتر والطاقة العصبية والقلق.

ب- إشباع دوافع عدوانية أو انفعالية نفسية ذات أصل بيولوجي.

ج- التقليد فبعض الأطفال يمارس هذه العادة لأنه رأى غيره يمارسها.

العلاج:

إن التأنيب والتوبيخ والنقد القاسي يؤدي إلى تفاقم المشكلة بدلاً من إيقافها، لذا فعلى المربي أن يناقش مع الطفل مساوئ هذه العادة القبيحة، وذلك لرفع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة، ويمكن للمربي أن يستخدم أساليب التعزيز والمكافآت بحيث يعزز التناقص التدريجي لممارسة هذه العادة، كذلك يمكن له أن يلجأ إلى استخدام أساليب عقابية مثل تكلفة الاستجابة، وكذلك فإن التدريب على الاسترخاء يعتبر مساعداً مهماً للطفل للتوقف عن هذه العادة.

والعقاب والوسائل المستعملة للتخفيف من قضم الطفل لأظافره لا تؤدي إلى نتيجة سوى الإيذاء، لكن جذب الطفل إلى أشياء أخرى وملء فراغه بنشاطات ممتعة، والعمل على إزالة هذا القلق والتوتر هي أفضل السبل لإزالتها سريعاً، أما الاستهزاء والانتقاد اللاذع فلا فائدة منهما، وقد يلجأ أحياناً إلى تنبيه الطفل الكبير إلى أن هذه العادة تقلل من قيمته بين الناس.

ويعمد إليه الأطفال تخفيفاً لقلقهم، وإلحاقاً لعاداتهم السابقة في مص أصابعهم، ومثل هذه العادة كمثل سالفتها من حيث العلاج، وقد يكون علاجها في البنات أقرب مثالاً بتشجيع البنت على طلاء أظافرها بالطلاء (المانيكور) بقصد الزينة ومجاراة الكبار.

3- التبول اللاإرادي أو سلس البول:

التبول اللاإرادي أو سلس البول هو تكرار نزول البول اللاإرادي في

الفراش من قبل الطفل في الرابعة من العمر فما فوق، أما التبول المتقطع في الفراش بين الحين والآخر لا يعتبر مشكلة، ولكن عندما يتكرر ذلك بشكل ملحوظ عندئذ يصبح مشكلة تحتاج إلى تحديد الأسباب ووضع الحلول المناسبة.

ويعد التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال من الحالات المهمة الواجب إيلاؤها الاهتمام والمتابعة، وذلك نظراً للمتاعب النفسية التي تسببها للطفل، والتي قد يترتب عنها الكثير من التبعات التي تلازمه بقية حياته.

يعرف التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال بأنه حالة عدم تمكن الطفل المتجاوز للسنة الطبيعية لقابلية المثانة على السيطرة الإرادية (وهي سن الرابعة أو الخامسة) من السيطرة على التبول ليلاً، هذه السيطرة التي من أهم متطلباتها الإحساس بإمتلاء المثانة والقدرة على تخزين البول إرادياً، والقدرة النفسية على هذا التخزين، والأهم من هذا هو التدريب الصحيح للسيطرة على تخزين البول.

لعل في استمرار الطفل (بعد سن الثالثة من عمره) على التبول وما إلى ذلك في سريره دليلاً على ما يعانية الطفل من صراع سيكولوجي بالغ الحدة، ولا غضاضة إذا كان عرضياً وحدث بين حين وآخر، خاصة إذا جاء كرد فعل لحادث ما أزعج الطفل، كمولد طفل آخر في العائلة، أو وفاة أحد أفرادها، أو طلاق الوالدين، أو بُعد الأبوين الطويل عن البيت، وما إلى ذلك، إلا أن حدوثه على نحو من التكرار دون توفر أي أسباب باعثة عليه فأمر يستدعي الرجوع إلى أخصائي نفسي.

ويجدر بالآباء ألا يعاقبوا الطفل أو يهينوه لمثل هذه الأسباب، والأولى بهم أن يخففوا له تعاطيه للسوائل في وجبة العشاء وقبل النوم...

والتبول اللاإرادي هو إحدى مشكلات الطفولة الشائعة.

يقسم التبول الليلي إلى نوعين:

نوع أولي، أي أن الطفل لم يملك إطلاقاً القابلية على السيطرة على التبول ليلاٍ، **ونوع ثانوي**، أي أن الطفل امتلك القدرة على هذه السيطرة لمدة لا تقل على الستة شهور ثم فقدها وأصبح يعاني من التبول اللاإرادي لسبب أو لآخر.

ورغم شيوع حالة التبول اللاإرادي، إلا أن (15٪)من الأطفال قد يحصلون على الشفاء التلقائي منها دون الحاجة للجوء إلى أي علاج، وقد يكون سبب هذه الحالة عضوياً في حوالي (5٪) منها، إلا أن النسبة الغالبية تعود لأسباب غير عضوية، وتكثر حالة التبول اللاإرادي هذه عند الأولاد قبل سن العاشرة وتتساوى النسبة بين الأولاد والبنات بعد هذه السن.

أسباب التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال

1- **أسباب جينية**: تبين من خلال دراسات أجريت على التوائم أن للجينات الوراثية أهمية كبرى في تسبب هذه الحالة، فقد تصل النسبة إلى (86٪) في التوائم المتشابهة، وهي لا تتعدى الـ(36٪) في التوائم غير المتشابهة، كما أن (40٪) من الأطفال قد يعانون من الحالة إذا كان أحد الوالدين مصاباً في طفولته بالحالة، وترتفع هذه النسبة إلى (77٪) إذا كان كلا الوالدين مصاباً بالحالة في طفولته، ويعتقد أن لبعض الكروموسومات علاقة بالمرض.

2- **الاستيقاظ الليلي**: إن عملية استيعاب امتلاء المثانة تحصل في العادة نحو سن

الخامسة، وتحصل عملية السيطرة على التبول النهاري قبل عملية السيطرة على التبول الليلي، وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي يصعب إيقاظهم ليلاً مقارنة بالأطفال الذين يعانون من الحالة، وربما يفسر هذا صعوبة استيقاظهم عند امتلاء المثانة أو الحالب.

3- **زيادة التبول الليلي:** بينت الدراسات أن هرمون مضاد القدرة يزداد في الليل عند الأطفال الطبيعيين مما يساعد على تقليل كمية البول، وأن هذا الهرمون لا يزداد ليلاً عند الأطفال المصابين.

4- **عوامل نفسية:** هناك أسباب نفسية مثل التوتر والخوف والنكوص ولفت الانتباه، والغيرة، والحرمان من النوم، ولا يعاني معظم الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي من حالة نفسية سيئة في الأصل، ولكن معاناتهم النفسية قد تبدأ بسبب عدم قدرتهم على السيطرة على التبول الليلي، الأمر الذي يؤدي إلى عرقلة حصولهم على التشافي منه.

5- **قصور النمو التطوري:** وهي النظرية الأكثر قبولاً لتفسير التبول اللاإرادي الليلي، وذلك لأن معظم الأطفال المصابين يتم شفاؤهم منه تلقائياً خلال نموهم، حيث تقدر نسبة المصابين (15٪) في عمر الخمس سنوات مقابل (10٪) من عمر الست سنوات.

6- **عدم النضج وعدم تلقي أساليب تدريب مناسبة لضبط التبول.**

7- **سعة المثانة:** يعاني بعض الأطفال من ضيق في السعة المثانية، أو التهاب المثانة أو الحالب.

كيف تواجه مشكلة التبول اللاإرادي:

- على الأهل أن يتأكدوا أن الطفل لا يعاني من اضطرابات انفعالية.
- على الأهل أن يتأكدوا أن الطفل لا يخاف من الشجار والضجيج في البيت: فللشجار والخلاف في الأسرة نتائج وخيمة تؤثر على سلامة ونفسية الأطفال وصحتهم.
- على الأهل عدم اتخاذ المواقف الصارمة أو الإذلال والاحتقار، ولا حتى بالهدايا والرشاوي.
- على الأهل إعلام الطفل أن هناك أملاً كبيراً في التخلص من هذه العادة، لذا على الأهل استبدال الخوف والخجل والعواطف المضطربة والإحساس بالذنب بالشجاعة والثقة بالذات.
- على الأهل إيقاظ الطفل في الليل وأخذه للحمام.
- على الأهل تعزيز الطفل ومدحه عند استيقاظه دون أن يبلل فراشه وملابسه.

العلاج:

علاج التبول اللاإرادي:

1- فحص الطفل جسمياً وعلاجه.

2- عدم إهمال الطفل وتدريبه على عملية ضبط المثانة في الوقت المناسب، يجب إيقاظ الطفل ليلاً لدفعة للذهاب للحمام.

3- توجيهه لضرورة الذهاب للحمام قبل النوم.

4- عدم تخويفه وإراحته نفسياً، والبحث عن العوامل النفسية التي أدت إلى القلق والتوتر.

5- بث الثقة بالنفس والإيحاء له بأنه يستطيع السيطرة على عمليات التبول.

6- استخدام أسلوب العلاج السلوكي مثل التصحيح الزائد.

7- استخدام طريقة الجرس والوسادة. (العلاج السلوكي).

8- تقليل تناوله السوائل قبل النوم.

ويقسم علاج الحالة إلى قسمين: الدوائي واللادوائي:

1- العلاج غير الدوائي:

ويعتبر في كثير من الأحيان أهم من العلاج الدوائي، ويتم من خلال ما يلي:

أ- **التشجيع الايجابي:** كأن توضع مفكرة خاصة لتطور الطفل في السيطرة على تبوله، وتشجيعه على الذهاب إلى الحمام قبل النوم، وجعله يسهم في تنظيف الشراشف والملابس المبلولة صباحاً، ومنعه من تعاطي أية سوائل لمدة ساعتين إلى أربع ساعات قبل النوم، إن نسبة الشفاء التام بواسطة هذه الطريقة تتراوح بين (25-30٪)، يجب إتباع هذه الطريقة كمرحلة أولى في الأطفال الصغار، وإذ لم تؤد إلى نتيجة إيجابية خلال (3-6) أشهر فإنه يجب عندها الاتجاه إلى طريقة أخرى.

ب- **العلاج السلوكي (behavioral therapy):** وذلك باستعمال منبه خاص يكون على هيئة جهاز صغير يلبس فوق ملابس الطفل مباشرة وفيه

متحسس ارتجاجي يصدر أصواتاً عندما تبل قطرات التبول الملابس الداخلية. وتقدر نسبة الشفاء بالعلاج اللادوائي بحوالي (60-70٪)، وهي الأعلى بين نسبة الشفاء في العلاجات الأخرى، ولكنها قد تستغرق وقتاً طويلاً وتحتاج إلى تعاون وصبر من قبل الطفل وذويه.

وبينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة، الأمريكية أن حوالي (19٪) من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لاإرادي ليلي، ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من هذه المشكلة متحققة للغاية، إذ تبلغ (14٪) بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى (16٪) بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل ما لتصل إلى (3٪) فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاماً، ولهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحيانا (93٪).

2- العلاج الدوائي:

ويتم من خلال أخذ عقارات مثل الدسموبريسين (desmopressin) والأوكسيبيوتينين (oxybutinin)، ومن المهم التأكيد على أن التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال هو حالة لا تتسبب بأية أضرار سوى التعب النفسي، وليست لها أية آثار عضوية.

أيضاً من أساليب العلاج للتبول اللاإرادي:

- البحث عن العوامل النفسية التي أدت إلى تكوين تلك العادة من قلق أو توتر وخوف وأزمات عاطفية ومحاولة علاجها.
- تدريب الطفل على الاحتفاظ بالبول من خلال تدريبه على احتمال كميات أكبر وأكبر من البول في المثانة، فهذا يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب.
- أيقاظ الطفل ليلاً ودفعه للذهاب إلى الحمام.
- التقليل من تناول الطفل للسوائل قبل النوم وعدم تعريضه لمواقف تثير الخوف لديه.
- استخدام طريقة الجرس والوسادة، وذلك عندما تفشل جميع الطرق المبذولة لمساعدة الطفل على التخلص من التبول اللاإرادي.

4- اضطرابات النوم:

النوم عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية، وإن اضطرابات النوم لها آثار جسمية ونفسية سيئة بالنسبة للطفل، إن الفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع، وأكثر اضطرابات النوم شيوعاً هي الأحلام المزعجة، والنوم القلق، والكلام أثناء النوم.

يقسم المتخصصون في مجال بحوث النوم الناس إلى نوعين: النمط المسائي، والنمط الصباحي، ويستيقظ النمط الصباحي مبكراً وهو يشعر بالراحة

والانتعاش، ويعمل بكفاءة في الصباح، ويشعر أصحاب هذا النمط بالتعب ويذهبوا إلى الفراش في المساء المبكر، وعلى العكس من ذلك أصحاب النمط المسائي لديهم صعوبة في الاستيقاظ مبكراً، ويشعرون بالتعب في الصباح، ولكنهم يشعرون بالانتعاش والنشاط تجاه نهاية اليوم، ويكون أداء مثل هؤلاء الأشخاص جيداً في المساء، ويذهبون إلى النوم في المساء المتأخر، ويستيقظون متأخرا في الصباح، وقد قيست إيقاعات درجة حرارة الجسم في مختلف المنحنيات لدى هذين النمطين من الناس، وظهر أن درجة حرارة الجسم تصل إلى قمتها في المساء مبكراً بمقدار ساعة لدى أصحاب النمط الصباحي بالمقارنة إلى أصحاب النمط المسائي، ما الذي يحدد النمط الصباحي أو المسائي؟؟ إن ذلك غير معروف حتى الآن ولكن الوراثة قد تقوم بدور في هذا المجال..

ومتوسط ساعات نوم الأطفال قبل المراهقة عشر ساعات تقريباً في الليلة، في حين إن المراهقين في وسط المرحلة ينامون (8.5) ساعة تقريبا في الليلة، أما المراهقون الأكبر سناً (طلاب الجامعة) فيذكرون أن (7) ساعات تقريباً هي ما ينامون في الليلة، ويزيد المراهقون الأكبر سناً من ساعات نومهم في نهاية الأسبوع، في محاولة لتعويض ما نقصهم من نوم الذي تجمع عندهم خلال الأسبوع الدراسي، ويعزز معظم المراهقين الأكبر سناً في الولايات المتحدة معاناتهم من حالة حرمان حاد من النوم، وهو ما يتسبب دون شك في تناقص وظائفهم اليومية، وبخاصة في المهام الرئيسية الطويلة كالاستماع إلى المحاضرات.

ومن الممكن أن تحدث اضطرابات النوم في الطفولة والمراهقة نتيجة

مشكلات في الجهاز التنفسي أو العصبي، وقد تنتج عن مشكلات أسرية أو نفسية أو طبية نفسية، وفضلاً عن ذلك فإن النوم يتأثر بعدد كبير من العوامل منها عوامل النمو والتطور، والمشكلات الصحية، والضغوط والألم، والضوضاء، والإضاءة، وعادات الأكل، ودرجة الحرارة، والخوف، ووجود أشخاص آخرين أو غيابهم...

أسباب اضطرابات النوم:

1- أسباب حيوية مثل الأمراض كفقر الدم أو اختلال الهرمونات أو سوء التغذية والإجهاد الجسمي أو العصبي والتعود على تناول أقراص منومة.

2- أسباب نفسية مثل القلق، الصراعات الداخلية.

3- التوتر والضغوط النفسية، والإرهاق الجسدي والقصص المخيفة، الحزن والهموم والقلق.

4- أسباب بيئية مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة نحو وقت النوم وإجبار الطفل على النوم في ظروف جامدة واستخدام النوم كتهديد وعقاب.

5- تغيير مكان النوم فبعض الأطفال لا يحب التغيير وتربطه علاقة قوية بسريره وغرفته.

6- الحرمان من الأم (قلق الانفصال) ووجود مشكلة إما أسرية أو مدرسية.

7- الرغبات المكبوتة أو الشعور بالذنب أو الخوف من الوقوع في الخطأ والتفكير في ذلك.

8- إرغام الطفل على النوم وتخويفه بالحيوانات أو الوحوش إذا لم ينم، أو نومه في غرفة مظلمة.

علاج اضطراب النوم:

1- الدعم الأبوي للنوم وتوفير جو يسوده الهدوء والطمأنينة.

2- التعرف على الأسباب ومحاولة إزالته.

3- إعطاء الطفل إحساساً بالسيطرة وضبط الذات من أجل مواجهة الأحلام المحبطة.

الجانب الإرشادي لخفض حدة اضطرابات النوم

1- تنظيم وقت الطفل، يوضع برنامج منظم لساعات نومه ويقظته وذلك يبعده عن مشكلة عدم الرغبة في النوم أو الأرق ويجعله أكثر استعداداً للنوم.

2- يجب أن تكون الساعة التي تسبق نوم الطفل مريحة وهادئة وخالية من الشجار والانفعالات مع الطفل.

3- الحزم مع الطفل، فعليه أن ينام وأن يترك له مكان نومه متجاهلين مناشدته أو قليلاً من طلباته.

4- تنبيه الطفل قبل نومه كي يستعد بإنهاء لعبة وهواياته قبل موعد النوم.

5- وضع لعبة مشوقة على سرير الطفل تجعله يشعر بالأمان ويقبل على النوم تؤنس وحشته ووحدته.

6- البعد عن اللوم والتهديد ومنح الطفل الحب والحنان.

7- إضاءة غرفة الطفل بالأبجورات والمصابيح ذات النور الضئيل ولا تتركه ينام في الظلام حتى لا يخاف.

8- تجنب وضع سرير الطفل في أماكن تجعله يرى ظلال أو تحرك ستائر كي لا يخيفه.

9- سرد قصة هادفة غير مخيفة على الطفل قبل النوم.

10- عدم استخدام النوم كعقاب للطفل حتى لا يربط الطفل ذلك المفهوم في ذهنه فيتجنب النوم.

5- مشكلات الأكل (اضطرابات الأكل):

تمثل اضطرابات الأكل تلك العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد.

بالنسبة للبعض يأخذ الطعام دلالات مبالغ فيها إلى حد التطرف، بحيث يجد هؤلاء أنفسهم أسر لطقوس شاذة وغير صحية تتعلق بطريقة الأكل وتناولهم لوجبات الطعام، والأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل يعيشون في صراعات للسيطرة على توجيهاتهم المشوهة وسلوكياتهم المرتبطة بالطعام، إلى جانب المعاناة التي يسببونها للمحيطين بهم كونهم يدفعون حياتهم للخطر.

وتوصف اضطرابات الأكل بوجود اختلالات حادة في سلوك الأكل، مع بذل جهود غير تكيفيه وغير صحية للتحكم في وزن الجسم، مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن الجسم وشكله.

تعريف اضطرابات الأكل.

تعرف الاضطرابات الأكل بأنها: اختلال في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد.

الأسباب:

- الإكثار من الطعام كمصدر للرضاء النفسي.
- الإفراط المتعلم في الأكل، فالكثير من الأطفال يفرطون في تناول الأكل كي يرضوا آباءهم، حيث يعتقد بعض الأهل أن الطفل البدين أكثر صحة وأوفر سعادة.
- قد تكون البدانة وسيلة لحماية الذات من الأخطار.
- عدم القيام بالنشاطات الحركية بشكل كافي.
- صراعات القوى والخلافات مع الأهل حول الطعام.

أنواع اضطرابات الأكل:

1- فقدان الشهية العصبي:

يعد فقد الشهية العصبي اضطراب فسيولوجي ينتج عنه عدم الرغبة في الأكل وعدم الإحساس بالجوع، مع نقص شديد في الوزن، وضمور في الأنسجة، وانخفاض معدل التمثيل الغذائي، وإن اضطراب الأكل أو فقدان الشهية العصبي

هو اضطراب نفسي يتميز بالخوف الشديد من زيادة الوزن، والتجويع المستمر للذات، ورفض الإشارة لوزن الجسم، والانشغال المرضي بالطعام والحمية.

الأنماط الفرعية لفقدان الشهية.

أ- النوع المقيد: وفيه لا ينخرط الفرد أثناء نوبة فقدان الشهية العصبي الراهنة في نوبات نهم في الأكل أو ما يتبعها من سلوك التطهير المعوي كالتقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام الملينات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية...الخ.

ب- النوع النهامي: التطهيري وفيه ينخرط الفرد أثناء النوبة الراهنة من فقدان الشهية العصبي في نويات النهم ويتبعها بسلوكيات التطهير المعوي كالقيء العمد، وأخذ الملينات، النهم والحقن الشرجيه.. إلخ.

2- الشره العصبي:

يعرف الشره العصبي بأنه: زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل، والانشغال الشديد بالتحكم في وزن الجسم، ويلي نوبة النهم قيء للتخلص من الطعام، ويشترك هذا الاضطراب مع فقدان الشهية العصبي في كثير من السمات النفسية، ولاسيما الاهتمام المفرط بشكل ووزن الجسم.

الأنماط الفرعية للشره العصبي، هناك نمطان هما:

أ- النوع التطهيري: ويتميز هذا النوع بالقيام بسلوكيات للتطهير أو للتخلص من الطعام بدون نوبة النهم كافتعال القيء، أو تناول مدرات البول والملينات.

ب- النوع غير التطهيري: ويتميز هـذا النـوع باسـتخدام وسـائل أخـرى غـير التطهير مثل النظام الغذائي القاسي، الصيام، التمرينات المجهدة.

والنمط التطهيري هو الأخطر والأكثر قدرة على التحول إلى مرض مزمن.

3- اضطراب الأكل الفوضوي:

ويعرف بأنه نوبات متكررة من النهم في الأكل غير مصـحوبة بسـلوكيات التخلص من الطعام التي توجد في فقدان الشهية العصبي.

واضطراب الأكل الفوضوي يشبه اضطراب الشره العصبي ولكنه يتصـف بغياب سلوك التطهير والسلوكيات التعويضية الأخرى للشره العصبي.

4- اضطرابات الأكل غير المحددة على نحو آخر.

يـذكر أن اضـطراب الأكـل غـير المحـددة علـى نحـو آخـر، هـي تلـك الاضطرابات المبهمة والتي لا تنطبق عليها معـايير تشـخيص الشـره العصـبي، أو فقدان الشهية العصبي انطباقاً تاماً، وذلك في حالات الإناث التي ينطبـق علـيهن جميع معايير تشخيص فقدان الشهية العصبي، ما عدا أن الدورة الشـهرية لـديهن منتظمة أو وزنهن ما زال في الحدود الطبيعية، وكذلك حالات الشره العصبي إلا أن معدل السلوكيات التعويضية لسلوك التطهير مثلاً يكون أقل ممـا في حـالات الشره العصبي، كأن تقل عن مرتين في الأسـبوع، أو أن الفـرد يلجـأ إلى الـتطهير المعوي بعد تناول كمية صغيرة من الغذاء.

وتمثل هذه الفئة أيضاً تكرار المضغ واللفظ من الفم وعدم البلع لكميات كبيرة من الطعام (اجترار الطعام).

العلاج

العلاج يحتاج لعمل الفريق:

- الهدف الأساسي هو إكساب المريض الوزن الملائم لمواجهة أي تهديد لصحته الجسدية والنفسية، ويكون الهدف على المدى البعيد استمرارية المحافظة على الوزن الصحي.
- وجد أن الخوف من زيادة الوزن تؤثر على المراهقين من جنس الإناث في النواحي:

أ- التكيف الانفعالي.

ب- نمو هوية ألانا.

ج- تقدير الذات.

د- العلاقات الاجتماعية.

بيمنا يخشى المراهقون الذكور نقصان الوزن كونه يرتبط بتشكيل صورة الجسم المناسب، حيث يحتاج المراهق هنا للتوعية لنوعية الطعام المتناول وقضاء وقت أطول في الراحة ونوعية معينة من الرياضة.

ومن أساليب العلاج ما يلي:

- جنب الطفل تناول المأكولات التي تسبب البدانة.
- كافيء النشاطات الحركية الهادفة التي يقوم بها الطفل.
- تأكد من أنه لا يوجد سبب عضوي لقلة الأكل، وإذا كان هناك سبب عضوي فأعمل على علاجه.
- لا تكره الطفل وتجبره على الأكل باستخدام التهديد.
- تجنب الصراعات والمجادلات والإحباطات في أوقات الطعام.
- أجعل الأكل ذا أهمية وذلك بتقديمه بعد الجوع وبوجود الشهية له.
- أشرك الطفل في انتقاء الطعام.

الوحدة السادسة

أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً

الوحدة السادسة

أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً

أولاً: الأسلوب السلوكي.

أ- أساليب زيادة السلوك.

ب- أساليب خفض السلوك.

ثانياً: الأسلوب السيكودينمي (القوى النفسية).

ثالثاً: الأسلوب النفسي تربوي.

رابعاً: الأسلوب البييئ.

الوحدة السادسة

أساليب التدخل التربوي والعلاجي للمضطربين سلوكياً

لقد تعددت الأساليب المستخدمة في معالجة الأفراد الذين يعانون من اضطراب في سلوكهم، ولا يمكننا الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الأخرى، ولكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل الطرق التي يمكن إتباعها هي:

أولاً: الأسلوب السلوكي:

ثانياً: الأسلوب السيكودينمي (القوى النفسية).

ثالثاً: الأسلوب النفسي تربوي.

رابعاً: الأسلوب البيئي.

وفي هذه الوحدة سنقوم بتوضيح أهم الأساليب المتبعة في علاج الاضطرابات السلوكية بكافة فروعها، نبدأ بـ

أولاً: الأسلوب السلوكي:

يعد العلاج السلوكي أسلوباً من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغير إيجابي بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق.

ويقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة التي يمكن

ملاحظتها (التصرفات)، وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات، ويطلق بعض الباحثين على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك، وبصفة خاصة عندما يستخدم في بيئة غير العيادة النفسية مثلما يحدث في المدارس، وفي مراكز التربية الخاصة، ومراكز تأهيل المعاقين والأحداث.

فتعديل السلوك والعلاج السلوكي هو بناء لبيئة تعلم فيها تعلم مهارات وسلوكات جديدة على حين تقلل الاستجابات والعادات غير المرغوبة حيث يصبح المريض أو المسترشد أكثر دافعية للتغيرات المطلوبة.

ويعتمد هذا الأسلوب في العلاج على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، حيث أنهم يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه والشاذ حدثاً قابلاً للتعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكساب للأفراد وكذلك محوه أو إطفائه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقاً لأهم قاعدة في قواعد تعديل السلوك التي نادى بها العالم الكبير سكنر ألا وهي: (السلوك محكوم بنتائجه).

ولقد أشار سكنر (1968)، إلى أن هناك نوعين من السلوك هما: السلوك الاستجابي الذي يتبع مثيراً محدداً وهو سلوك لا إرادي، والسلوك الإجرائي الذي يؤديه الفرد في غياب مثير قبلي واضح وإنما يعتمد في حدوثه على النتائج التي تتبع ذلك السلوك.

ولقد عزى كل من (كلازيو ويلون 1967) (وابتر 1982) سبب انتشار هذا الأسلوب إلى لأسباب التالية:

1- إن الأسلوب السلوكي يعتبر أسلوباً عملياً إلى حد كبير لأنه يتعامل مع مسائل وقضايا ملموسة وملحوظة.

2- إن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة وسهلة الفهم والتعلم.

3- تثبت سرعة فعالية بعض أساليب تعديل السلوك مع كثير من الأفراد ذوي المشاكل السلوكية.

4- إن تركيز الأسلوب السلوكي على الملاحظة ساعد المعلمين على أن يكونوا أكثر وعياً بنوعية مشاكل الطلاب وأكثر وعياً لقدراتهم الخاصة.

5- التركيز على المعززات الإيجابية المديح والمكافآت لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.

6- إن المعلمين غير مدربين للكشف عن أسباب السلوك كما أن اختصاصي الصحة النفسية أنفسهم غالباً ما يجدون ذلك غامضاً وصعباً، ولهذا فمن السهل على المعلمين أن يتعاملوا مع السلوك الملاحظ بطريقة مباشرة دون الخوض في المسببات.

7- إن المعلمين نادراً ما يكونون في وضع يمكنهم من معالجة الأسباب بصورة مباشرة إلا أنهم قادرون على تعديل آثارها في نطاق الصف.

وإذا رغب المعلم في استخدام الأساليب السلوكية في معالجة وتعديل سلوك المضطربين سلوكياً فعلية أن يكون دقيقاً في ملاحظة سلوكهم، ودقيقاً في تسجيل تلك الملاحظات، بمعنى أن يتوخى الأسلوب العلمي في الملاحظة والتسجيل للسلوك والذي يتضمن مجموعة خطوات، كتحديد الموقع الذي سيحدث فيه السلوك، ثم تسجيل المعلومات بشكل مُرمز بحيث تسهل معالجتها،

وتحديد الفترة الزمنية التي سيتم خلالها مراقبة السلوك ومن ثم وضع الخط القاعدي للسلوك بناءً على الملاحظات التي تم جمعها، وأخيراً تفريغ البيانات بشكل صحيح على الصحيفة النفسية خلال مدة البرنامج.

وهناك أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من الأساليب العلاجية السلوكية، والأسلوبان هما:

يتم استخراج السلوك المماثل لسلوك النموذج من خبرات الطفل المخزونة.

أ- أساليب زيادة السلوك:

وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب:

1- المعززات الإيجابية:

وهي عبارة عن أشياء محببة للفرد يتم تقديمها له بطريقة مبرمجة بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه (كالجوائز والهدايا) والذي يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل، شريطة تقديمه مباشرة بعد السلوك وعدم تأخيره حتى لا يفقد أهميته.

ويجب الانتباه إلى الفروق الفردية عند تقديم المعززات، فقد ينجح معزز مع فرد معين ولا ينجح مع الآخر، لذا فلا يعتبر معززاً.

2- المعززات السلبية:

وتعني إزالة شيء غير مرغوب فيه من بيئة الطفل مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه، فمثلاً، قد يهدد المعلم الطالب بأنه سوف يلزمه بكتابة

فقرة (لن ألعب في الصف) (1000) مرة في حالة أنه لم يتوقف عن اللعب، وهنا يكون:

- كتابة فقرة لن ألعب في الصف (1000) مرة الشيء غير المرغوب فيه.
- عدم اللعب في الصف هو السلوك الذي يجب أن يتكرر.

3- تشكيل السلوك:

يعتمد أسلوب تشكيل السلوك على استخدام كل من التعزيز والإطفاء، وذلك بالتوفيق بينهما بهدف تطوير سلوكات جديدة، ويتم التشكيل للسلوك عادة بتقسيمه إلى أجزاء عديدة، ويتم تحديد الجزء الذي يبدأ به السلوك ونستمر في تعزيز الأجزاء المرغوبة وإطفاء السلوكات غير المرغوبة التي تصاحب السلوك حتى نصل إلى السلوك النهائي المرغوب فيه.

4- الاستبعاد التدريجي:

وهو أسلوب نعمل من خلاله على إزالة السلوك غير المرغوب فيه بصورة تدريجية وبطء إلى أن يتمكن الطفل من أداء السلوك دون تشجيع أو حث من الآخرين، حيث نأخذ أول سلوك بسيط يقود إلى السلوك النهائي ونعززه، ولقد قام مارتن (1975) بدراسة مستخدماً هذا الأسلوب على أطفال يعانون من مشكلة إعادة كلام المتحدث، حيث كانت المرحلة الأولى من التدريب أن يشير إلى قميصه ويسأل الطالب ما هذا؟ ومن البديهي أن يكون رد الطالب ما هذا؟ بعد ذلك يشير المعلم إلى قميصه مرة أخرى ويقول قميص، فإذا قال الطالب قميص فإنه يمنحه معززاً بسيطاً، ويكرر هذه الخطوة عدة مرات، وفي المرحلة

الثانية يشير المعلم إلى قميصه فإنه يمنحه معززاً بسيطاً ويكر هذه الخطوة عدة مرات، وفي المرحلة الثانية يشر المعلم إلى قميصه ويقول: هذا قميص، فيقول الطالب قميص بطريقة تلقائية، وفي المرحلة الثالثة يردد المعلم عبارة: ما هذا قميص، ونيطق بصوت عال ما هذا؟ وبصوت منخفض قميص، وفي النهاية توصل الطالب للإجابة على سؤال المعلم ما هذا؟ بلفظة قميص.

5- العقد المشروط:

وهو أن يتفق المعلم مع الطالب على تحقيق مجموعة أهداف تم وضعها من قبل المعلم، وعندما يحققها الطالب يتم تعزيزه، ويجب الانتباه إلى أن تكون تلك الأهداف قابلية للتحقيق.

ويشترط مراعاة القواعد الأساسية التالية والتي اقتراحها هومي، وآخرون (1969)، عند كتابة العقد وهي:

1- تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث التغيير المطلوب.

2- يجب أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.

3- يجب أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية.

4- يجب أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب فيه.

6- التعزيز الرمزي:

ويقصد به قيام المعلم بإعطاء الطلاب مجموعة قطع (كوبونات) أو نجوم أو غيرها عند قيامه بالسلوك المناسب، ثم بعد انتهاء الحصة يقوم الطالب باستبدالها بأشياء محببة كالهدايا والحلوى.

وهناك شروط محددة لتلك المعززات الرمزية وهي:

1- أن لا تكون قابلة للتلف.

2- أن لا تكون مؤذية للطفل كأن تكون صغيرة قابلة للابتلاع.

3- أن لا تكون معززاً بذاتها وتلفت نظر الطفل أكثر من المعزز الذي تستبدل به.

7- النمذجة:

يعتمد هذا الأسلوب على حقيقة أن الطفل يرغب في تقليد كل سلوك يراه مناسباً أو غريباً، ومرتبطاً بسلوك الكبار سواء كانت سلبية أو إيجابية، وهنا تقدم للطفل مجموعة من السلوكات الجيدة والمرغوبة ونطلب منه تقليدها إما مباشرة أو بشكل عَرَضي.

إن السلوك النموذج المناسب والبسيط، يشجع الطفل على القيام بالاستجابة السلوكية الملائمة، ومع ذلك **وفقاً للآثار الإيجابية الثلاث التالية:**

1- تأثير النموذج:

حيث يكتشف الطفل سلوكات يؤديها النموذج لم تكن معروفة له سابقاً.

2- تأثير المنع أو الكبح:

عندما يتم معاقبة النموذج على سلوك غير مرغوب فيه فإن الطفل قد يمتنع عن القيام بمثل هذا السلوك.

3- تأثير الاستخراج:

يتم استخراج السلوك المماثل لسلوك النموذج من خبرات الطفل المخزونة.

ب- أساليب خفض السلوك:

وهي اساليب تهدف عند تطبيقها إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب فيه، ويندرج تحت هذا الأسلوب:

1- العقاب (الخبرة المنفرة):

وفي هذا الأسلوب يتم تعرض الفرد المُعالج لنوع من العقاب العلاجي (الخبرة المنفرة) إذا قام بالسلوك غير المرغوب فيه، وقد استخدم هذا الأسلوب في علاج حالات اضطراب الكلام اللجلجة مثلاً، وذلك بإقران نوع الاضطراب عند حدوثه بصدمة كهربائية مما يؤدي إلى كف ذلك الاضطراب.

ويلجأ المعلمون إلى أسلوب العقاب بشكل كبير ومتكرر، ولكن يجب الانتباه إلى أنه لا يوجد عقاب واحد يتناسب مع كل أنواع السلوك، ويتناسب كذلك مع كل الطلاب، وإنما هناك أنواع عقاباً مادية أو جسدية أو اجتماعية أو حرمانية من الإثابة، وهناك فروق فردية بين الطلاب.

ولا يكون العقاب عقاباً إلا إذا أدى إلى خفض السلوك، وحتى يكون أسلوب العقاب فاعلاً، فلا بد من مراعاة الأمور التالية عند تطبيقه، والتي ذكرها السرطاوي سيسالم، (1987) وهي:

1- عندما يعاقب المعلم الطالب فإنه يجب عليه أن يوضح له سبب العقاب.

2- يجب أن يلجأ المعلم إلى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك، وذلك بعد أن تفشل أساليب التعديل الأخرى.

3- يجب أن لا يكون أسلوب العقاب هو النمط المميز للمعلمين، أي يجب أن لا يتبعه باستمرار لأن هذا سيؤدي إلى كراهية الطلاب للمعلم.

4- إذا اضطر المعلم أن يستخدم أسلوب العقاب فعليه أن يستخدم أولاً أبسط أشكال العقاب.

5- على المعلم أن لا يكتفي بمعاقبة السلوك غير الملائم بل عليه وفي نفس الوقت أن يعزز ويكافئ السلوك الملائم.

2- تدريب الإغفال (الإطفاء أو التجاهل):

وفي هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (غياب التعزيز) حتى ينطفئ ذلك السلوك.

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح في علاج بعض حالات الاضطرابات النفسية الجسمية، ويستخدم مع الطلاب بتجاهل بعض أساليب لفت نظر الطلاب للمعلم داخل الصف كرفع اليد باستمرار والصراخ بهدف الإجابة على سؤال أو ما شبهه ذلك.

وتجدر الإشارة إلى ضرورة الانتباه إلى نوع السلوك المتجاهل فقد يكون مؤذياً للذات أو مهدداً للآخرين، وهنا لا يصلح اتباع أسلوب التجاهل وإنما لا بد من إتباع أسلوب آخر.

3- تعزيز السلوك المخالف:

يهدف هذا الأسلوب إلى جعل السلوك المرغوب في خفضه ليس ذا أهمية

لدى الطفل، وذلك بالتوقف عن تعزيزه، وتعزيز السلوك الذي يعاكسه تماماً وذلك للفت نظر الطفل إليه.

ويعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب السلوكية انتشاراً وذلك لفاعليته ولسهولة تطبيقه، فمثلاً، لدينا طفل دائم البكاء وبصوت عال، فإذا رغبنا في تطبيق هذا الأسلوب فإننا ننتظر توقفه للحظة عن البكاء ونقوم بتعزيزه ونشعره أن التعزيز كان بسبب توقفه البكاء، وعندما يعود للبكاء نمتنع عن تعزيزه، وهكذا حتى يتوقف تماماً عن البكاء.

4- التغذية الراجعة:

وهو أسلوب يقوم على تعريف الفرد على نتيجة سلوكه أولاً بأول وقبل الانتقال إلى غيره من السلوكات ليقوم في نهاية سلوكه بمقارنته مع نسبة حدوث نفس السلوك مع أقرانه.

ويهدف هذا السلوك إلى إحداث وعي لدى الفرد بسلوكه وما يحدثه هذا السلوك من اثر في البيئة المحيطة، ويظهر ذلك في ردود أفعال الآخرين على ذلك السلوك أو في تقبله الشخصي لذلك السلوك.

وعليه فإن الفرد يستطيع تجنب العيوب والأخطاء التي وقع فيها أثناء ممارسته للسلوك وتدرجه فيه.

5- الممارسة السالبة (التشبع):

وفي هذا الأسلوب يطلب المعالج من الفرد أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكراره، فتؤدي هذه الممارسة إلى نتائج سلبية (التعب والملل) حتى

يصل إلى درجة التشبع، وحينها لا يستطيع ممارسته مجدداً، مما يقلل في نهاية المطاف احتمال تكراره للسلوك.

ويستخدم هذا الأسلوب بنجاح في معالجة اللزمات الحركية ومص الإبهام والتدخين.

6- التصحيح الزائد:

وفي هذا الأسلوب يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه، وزيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكات الصحيحة، فالطفل الذي يتعمد سكب الماء على الأرض، فإننا نطلب منه مسحها، وإكمال مسح كامل الغرفة.

7- العزل (التعطيل المؤقت):

وهو شكل من أشكال العقاب وفيه يتم حرمان الطفل من المثيرات المحببة له، أو عزله تماماً عن البيئة المثيرة والمعززة له للاستمرار في سلوكه، ويجب الانتباه إلى أن يتم نقل الطفل من البيئة الأكثر إثارة إلى الأقل إثارة، فمثلاً: قد يعاقب المعلم الطالب الذي مَلّ من الحصة ويتحدث مع زملائه بطرده من غرفة الصف، وهنا يكون المعلم قد نقل الطالب من البيئة الأقل إثارة (الصف) إلى الأكثر إثارة (خارج الصف) وهنا يكون قد فقد العزل قيمته، ولكن إذا قام المعلم بعزل الطالب في غرفة خاصة بالعزل (آمنة وخالية نم المؤذيات) فإنه يحقق الهدف ويقلل من سلوك التحدث داخل الصف.

ويجب الانتباه إلى الأمور التالية عند تطبيق هذا الأسلوب:

1- أن تكون غرفة العزل آمنة وفي موقع معين في المدرسة.

2- استخدام الأسلوب بأسلوب دقيق وبحذر شديد.

3- حجز الطفل في غرفة العزل ولفترة زمنية قصيرة ومدروسة.

4- أن يكون مكان العزل خالياً من المثيرات التعزيزية.

8- التحصين التدريجي أو التخلص من الحساسية:

ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يكون فيها السلوك قد اكتُسب مرتبطاً بحادث منفر معين، كالخوف والاشمئزاز من الأشياء. وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح في علاج حالات الذعر والخوف المبالغ فيه، وعلاج مشكلات الشعور بالأمل والاكتئاب.

وتتلخص هذه الطريقة في النقاط التالية:

1- حصر المثيرات التي تستثير الاستجابات الشاذة.

2- ترتيبها تصاعدياً من الأقل إثارة إلى الأشد إثارة (تكوين هرم الحساسية).

3- تعريض الفرد إلى المثيرات بالترتيب بدءاً بأقلها إثارة والتي لا تؤدي إلى صدور الاستجابة الشاذة وانتهاءً بأكثرها إثارة.

4- تكرار تعريض الفرد لنفس المثير حتى يعتاد عليه وتنتفي اية مشاعر نحوه، ونتأكد من ذلك بعدم صدور استجابة شاذة بشكل نهائي.

5- الانتقال إلى المثير التالي- بعد التأكد من زوال أثر المثير الأول- وتعريض الفرد له حتى يعتاده وبنفس الأسلوب السابق.

6- الانتقال عبر كافة المثيرات وبتدرج حتى الوصول إلى آخر مثير والذي هو أكثر إثارة، وتكراره حتى يصبح مألوفاً للفرد.

7- مراعاة أن يكون الفرد في كافة جلسات العلاج وحين يُعرض عليه المثير في حالة استرخاء مناسبة، وذلك بهدف إيصال الفرد إلى أقل مستوى من مستويات الإثارة.

8- تدريب الفرد وتعليمه بشكل متدرج على استبدال استجابة الخوف، باستجابة الاسترخاء التي رافقت جميع الجلسات، وذلك لأن الاسترخاء هو الاستجابة الصحيحة للتعامل مع المواقف الحياتية العادية.

مثال توضيحي:

طفل يخاف من الكلاب بشكل مبالغ فيه، لذا فمن المناسب استخدام هذا الأسلوب، حيث يتم حصر المثيرات (اسم كلب/ صورة كلب/ دمية كلب صغيرة/ دمية أكبر/ دمية بحجم الكلب/ صوت الكلب مع الدمية/ فيلم عن الكلاب/ كلب حقيقي صغير وأليف ومدرب/ كلاب حقيقية بحجوم وأشكال مختلفة)، ويتم ترتيبها تصاعدياً (أقل إثارة حتى أكثر إثارة) ثم تقديمها للطفل وهو مسترخٍ بشكل تام بدءاً بالصورة وانتهاءً بالكلب الحقيقي.

تجدر الإشارة- بعد أن استعرضنا أساليب العلاج السلوكي- إلى آراء العلماء حول فاعلية العلاج السلوكي ومدى تأثيره في حصول الشفاء مقارنةً بالاتجاهات الأخرى، فلقد تبين للعلماء أن منهج العلاج السلوكي يمتاز بقدرة الباحث على الضبط والتحكم في خطة العلاج، وأن بإمكانه إذا فشلت طريقته أن يجرب طرقاً أخرى بديلة وفقاً لما لديه من معلومات وحقائق ثابتة، وكذلك يمتاز هذا الاتجاه باعتماده على تطبيق بعض البادئ التجريبية الثابتة والمعترف بها. عدا أن المعالج يستطيع التحكم في كثافة وقوة المثيرات حسب الخطة العلاجية وحسبما تقتضيه حالة الفرد المعالَج.

ويعارض بعض العلماء فكرة التحكم بالفرد أثناء العلاج، ويعتبره أسلوباً علاجياً غير إنساني لأن فكرة التحكم تلغي دور الفرد كعضوية عاقلة لها إرادتها في علاج ذاتها. وبغض النظر عن هذه الفكرة فإن العلاج السلوكي قد اثبت نجاحاً هائلاً في علاج معظم حالات العصاب، وقد قدّرت نسبة الشفاء في كثير من الحالات بـ (90٪) من المرضى الذين يعالجون بالأسلوب السلوكي.

خصائص الإطار النظري للعلاج السلوكي:

1- معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب، والسلوك المضطرب متعلم ومكتسب.
2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف- من حيث المبادئ- عن السلوك العادي المتعلم- إلا أن السلوك المضطرب غير الملائم أو غير متوافق.
3- يكتسب السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
4- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي إليها.
5- ينظر لمجموع الأعراض النفسية على أنها تجميع لعادات سلوكية خاطئة.
6- السلوك المرضي المتعلم يمكن تعديله إلى سلوك سوي.

أهم مزايا العلاج السلوكي

1- يقوم على أساس دراسات وبحوث تجريبية وعملية قائمة على نظريات

التعلم، ويمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً، وتخضع فروضه ومسلماته التي تفسر السلوك للتجريب العملي.

2- متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.

3- يركز على المشكلة أو العرض، وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه.

4- عملي أكثر منه كلامي نظري ويستعين بالأجهزة العلمية.

5- نسبة التحسن عند استخدامه تصل إلى (90٪) أحياناً في حين استخدام الأساليب الأخرى يصل إلى (50-75٪) في أحسن الأحوال.

6- أهدافه واضحة ومحددة.

7- يوفر الوقت والجهد والمال لأنه يستغرق وقتاً قصيراً نسبياً لتحقيق أهدافه.

8- يكمن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد التدريب اللازم.

أهم عيوب العلاج السلوكي:

1- السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها واحداً واحداً، وعن طريق استخدام الأجهزة ومحاولة جعل الإنسان كالآلة.

2- الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعاً في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الإشراط.

3- أحياناً يكون الشفاء وقتياً وعابراً

4- يهتم بالسلوك المضطرب فقط ويركز على التخلص من الأعراض الظاهرة

دون المصدر الحقيقي العميق للاضطرابات، ومنفصلة عن الاضطراب الكبير الذي هو علامة من علاماته ودون تناول الشخصية ككل، وهذا قد يؤدي إلى ظهور أعراض أخرى، فالاضطراب السلوكي الظاهر ما هو إلا دليل خارجي لاضطراب داخلي عميق يكمن وراء هذا السلوك الظاهر الذي يمثل قمة جبل الثلج الظاهرة فقط.

ثانياً: السلوك السيكودينمي (القوى النفسية):

يستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها سيجموند فرويد والتحليليون من بعده، فمع بداية الاهتمام بتربية الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً كان الأسلوب السيكودينمي هو الأسلوب الوحيد الذي استخدم لسنوات عديدة في التعامل مع الاضطرابات السلوكية إلى أن بدأ النقد يوجه إلى هذا الأسلوب، وبدأ استخدام العلاج السلوكي ينتشر بشكل واسع.

"إن وجهة نظر التحليل النفسي تفترض أن السلوك يتحدد بدرجة كبيرة بعمليات غير شعورية مستمرة داخل النفس، ولهذا فإن علاج الطفل المضطرب سلوكياً يتمثل في محاولة إيجاد المشكلة الأساسية، أي جذور المشكلة الانفعالية والسلوكية، التي يعاني منها في الوقت الحالي وذلك باستخدام أسلوب التحليل النفسي، حيث يقوم المعالج النفسي بمساعدة الطفل على العودة إلى خبراته الأولى لتحديد مصدر الصراع، والطريقة التي يؤثر فيها هذا الصراع الداخلي اللاشعوري على السلوك والانفعالات الحالية، ومن ثم العمل مع المريض على بناء وتنظيم شخصيته بطريقة سليمة وصحيحة وبشكل جديد".

وبشكل مختصر فإن عمل المعالج النفسي والمعلم ينحصر في مساعدة الفرد على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكوناته الداخلية (الانا، الهو، الانا الأعلى) والتي تنعكس على سلوكه وتؤدي به إلى الاضطراب، وهذا يعني عدم اهتمام المعالج والمعلم بالسلوك الظاهر وإنما عليهم الرجوع إلى الأسباب الحقيقية التي تقف وراء ذلك السلوك.

ويتميز هذا الأسلوب بالميزات التالية:

1- يهتم التحليل النفسي بعلاج أسباب المرض وليس أعراضه فحسب.

2- يتناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب النواحي الشعورية.

3- يكشف عن العناصر اللاشعورية الثائرة على الشخصية، مما يسهل ضبطها وتصحيحها.

4- يحرر الفرد من دوافعه الدفينة وخوفه من جهله بتحقيقها.

5- يؤدي إلى إعلاء الدوافع المكبوتة واستثمار طاقتها التي كانت معتقلة وسجينة.

6- يعود بالشخصية المفككة إلى حالة من التكامل والنضج والقدرة على مواجهة الواقع وتحمل الشدائد والاستمتاع بالحياة.

أما أهم سلبياته وعيوبه والتي دفعت الكثيرين للاستغناء عنه كأسلوب واللجوء إلى أساليب أخرى، فهي:

1- إن التحليل النفسي عملية طويلة، وشاقة ومكلفة، فقد يستغرق التحليل الكامل قرابة العامين ويصل إلى أربع أعوام وبمعدل (3-5) جلسات أسبوعياً.

2- هناك خلافات نظرية ومنهجية في طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي فرويد وبين طرق التحليل النفسي الحديث الفرويديون الجدد.

3- يحتاج التحليل النفسي إلى خبرة واسعة وتدريب عملي طويل، قد لا يتوفر إلا لعدد قليل من المعالجين.

4- إن هذا الأسلوب ينظر إلى الإنسان نظرة متشائمة، ومبالغ فيها.

5- إنه يعتمد في وصفه للسلوك البشري على نظم وعمليات فرضية.

6- يؤكد على تحليل اللاشعور كطريقة للصحة النفسية دون توافر الدليل الذي يؤكد ذلك.

7- إن الدراسات التي تابعت الأطفال الذين تلقوا علاجاً تحليلياً حققت درجة منخفضة من النجاح.

8- يميل اخصائيو التحليل النفسي إلى النظر إلى المدرسة والتربية بالشك والعداء، ويقللون من أهمية دور المعلم والبرامج العلاجية.

9- يميل هذا الاسلوب إلى تجاهل قوة تأثير البيئة على سلوك الطفل.

10- إن الوصول إلى الأسباب الداخلية أمر عسير وخاضع الوصول إليه إلى تفسيرات المعالجين والتي تكون أحياناً غير موضوعية ومتحيزة أحياناً أخرى.

الأساليب العلاجية السيكودينمية:

هناك عدة طرق استخدمها التحليليون في معالجة الاضطرابات السلوكية، نذكر أهمها:

1- التبصر:

يقوم هذا الأسلوب على أساس تبصير الفرد المعالج بخبراته اللاشعورية، وذلك بجعله يدرك ويفهم ما يخفيه في ثنايا اللاشعور، حيث يخبره بكل ما يخفيه وبصراحة- حسب تخمين المعالج.

ولقد اقترح مزويد الخطوات التالية لتنفيذ هذا الأسلوب:

أ- تحديد متى ولماذا قرر الفرد الهروب إلى المرض.

ب- تطمين المريض بأنه توجد سبل مختلفة في الحياة ممكنه وجديره بالاهتمام.

جـ- الضغط على كل المتغيرات الايجابية لتأخذ مكانها الصحيح في حياة الفرد المضطرب سلوكياً.

2- التداعي الحر:

وهي طريقة طورها (فرويد) بعد أن اقتبسها من زميله الدكتور بروير، ويتم تنفيذ هذه الطريقة بجعل المضطرب سلوكياً يتحدث بكل ما يخطر بباله بغض النظر عن نوعية الخبرات التي تجول في خاطره سواء كانت تافهة أو معيبة، أو تمس الموضوع بشكل مباشر أو لا تمسه مطلقاً، وهو في حالة تامة من الاسترخاء.

ويتوقع من خلال هذا الأسلوب أن يبدأ الفرد المضطرب بالشروع في الحديث عن ذكرياته وخبراته الطفولية المبكرة والتي لها- حسب رأي فرويد- أكبر الأثر في الكشف عن محتويات وخبرات اللاشعور، وبالتالي الكشف عن أسباب الاضطراب لتتم معالجتها.

ويدخل هنا العامل الشخصي في تفسير وتحليل وربط الخبرات التي يذكرها الفرد المضطرب بدلالات مرضية محددة.

3- المقاومة والتحويل:

يفترض (فرويد) أن أي عصاب له حافزين اثنين أحدهما يتطلب العلاج والآخر يتجنب العلاج، وقد أطلق على الحافز الأخير مصطلح المقاومة.

وحسب رأيه إن المقاومة لها عدة أشكال تظهر أنها العلاج مثل:

1- الارتباك وعدم التركيز.

2- مواجهة المعالج بالإهمال من قبل الفرد المضطرب وتصريحه بعدم قدرته على التفكير واستحضار الأحداث.

3- المقاومة من خلال تغيير الفرد لطبيعة العلاقة بينه وبين المعالج من علاقة مهنية إلى علاقات ذات طابع شخصي، أو غير ذلك.

4- المقاومة من خلال إظهار الطابع العدائي والتهجمي الموجه نحو المُعالِج.

أما التحويل فهو قيام الفرد المضطرب بتحويل مشاعره المضطربة نحو المعالج وذلك اعتماداً على وجهة نظره الشخصية، فهو يرى أن المعالج بديلاً مقبولاً كرمز يدل على موضوعه المفقود- الأب أو الأم- وذلك لعجزه عن مواجهة الحافز الحقيقي بشكل مباشر.

ويعتبر التحويل أداة مهمة في العلاج بغض النظر عن كونه عدائياً أو عاطفياً، وذلك لأنه يكشف بسهولة عن الخبرات المكبوتة في اللاشعور، بأقل توتر وبأكثر صراحة فالمواجهة ليست خطرة أو محرجة كون المقصود الأصلي- الأب أو الأم- غير مستهدف مباشرة وإنما يستعاض عنهما بشخص المعالج، عدا أن التحويل يساعد المضطرب سلوكياً على تفريغ توتره وقلقه في شخص المعالج.

4- تحليل وتفسير الأحلام:

ويمكن القول بأن الأحلام عبارة عن نشاط عقلي رمزي يعبر بشكل مباشر أو غير مباشر عن المكبوتات اللاشعورية والتي لم يحققها الفرد في نهاره، أو أنه أهملها ولم ينتبه إليها، وهي بمثابة مؤشر للفرد للقيام بتنفيذ الرغبات التي تعبر عنها تلك الأحلام، وكذلك فإن للأحلام علاقة نفسية بعمليات الهلوسة في السلوك العقلي.

إن تفسير الأحلام اعتماداً على مبادئ التحليل النفسي يعطي توضيحياً جيداً لرغبات ودوافع الفرد المضطرب والتي تدفع باستمرار وبشكل قوي لتحقيقها في حيز الواقع، والتي في كبتها وعدم إشباعها واقعياً أكبر الأثر في ظهور الاضطراب السلوكي. بمعنى إن الأحلام تعطي صورة واضحة لطبيعة الصراع الذي يحدث بين مكونات النفس (الهو/ الانا/ الانا الأعلى)، حيث أن (ألانا) تؤخر من إشباع رغبات (الهو) في الواقع وذلك خضوعاً لضغط من (ألانا الأعلى)، لذا يغتنم (الهو) حالة النوم الإنساني، والتي تتسم بقلة ضبط من قبل (الانا والانا الأعلى) ليحقق جزءاً من رغباته ودوافعه.

وأخيراً تتلخص إجراءات العلاج بالخطوات التالية:

1- تحديد أهداف العلاج وتجسيدها في خطوات عملية متلاحقة.

2- ربط المعالج لذاته بالفرد المضطرب بحيث يحدث بينهما ثقة متبادلة تدفع بالأخيرة لكشف أعماقه.

3- إتاحة الفرصة للمضطرب سلوكياً لتفريغ انفعالاته من خلال الجلسات المتعددة.

4- توعية الفرد المضطرب سلوكياً وتبصيره بمكنوناته اللاشعورية أثناء تفريغه لانفعالاته.

5- تدعيم ثقة الفرد بذاته وبالآخرين حوله.

6- إنهاء الجلسات العلاجية بعد تأكد المعالج من التغير في سلوك الفرد المضطرب.

7- تحديد جلسات لاحقة لمتابعة استمرار التحسن في سلوك الفرد.

ثالثاً: العلاج النفسي الجماعي:

يعرف العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج عدد من الأفراد الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد، أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم بعضاً وبين المعالج، مما يؤدي إلى تغيير سلوكاتهم المضطربه وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظراتهم إلى أمراضهم، ويتضمن الإرشاد الجماعي إنشاء علاقة مهنية بين المرشد ومجموعة من المسترشدين في الوقت نفسه، وعادة ما تجمعهم أهدافاً علاجية مشتركة.

أهداف العلاج الجماعي.

1- مساعدة كل فرد من أفراد الجماعة على فهم ذاته وبلورته وتحديد هويته.

2- يترتب على فهم الذات زيادة تقبل الفرد واحترامه لذاته.

3- تطور قدرات الفرد ومهاراته الاجتماعية كي يتمكن ثم التعامل مع مهمات نموه في المجالين الشخصي والاجتماعي.

4- اكتساب الفرد لمهارات توجيه الذات وحل المشكلات واتخاذ القرارات.

5- تطوير الحساسية إزاء حاجات الآخرين وتقديرها والتعاطف معهم.

6- زيادة تطابق الفرد مع ذاته من حيث أفكاره ومعتقداته وسلوكه

7- مساعدة كل فرد من أفراد الجماعة في أن يصنع لنفسه أهدافاً نوعية محددة والالتزام بالتوجه نحوها.

مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي.

1- صعوبات التعلم وضعف التحصيل.

2- المشكلات الأسرية العامة (إرشاد اسري).

3- سوء التكيف المدرسي والاجتماعي.

4- التمركز حول الذات، الخجل، الحركة الزائدة، العدوانية.

5- الاختيار المهني (الإرشاد المهني).

أساليب العلاج النفسي الجماعي:

تتنوع أساليب العلاج النفسي الجماعي حسب الاتجاه النفسي الذي يحدد سير هذه المجموعات ونوع القيادة التي تتبناها هذه المجموعات، إضافة إلى أمور من مثل عدد الأعضاء المشاركين، وأهدافهم، **وفيما يلي أهم أساليب العلاج الجماعي.**

أولاً: العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما):

لقد طورت السيكودراما على يد العالم (مورينو) كأسلوب علاج جمعي. يستطيع المرشد أو العميل من خلالها أن يلعب دوراً أو يمثل الماضي والحاضر، وما يتوقعه من أوضاع أو مواقف مستقبلية، وذلك من أجل أن يصل إلى أفضل

فهم لمشاكله، أو ينفس انفعالياً من مشاعره وأحساسيه، أو حتى يطور مهارات سلوكية أفضل تساعده في التكيف مع ذاته وبيئته.

ولقد وجد مورينو أن لاعبي الأدوار والمشاهدين يمرون بخبرة الراحة النفسية الناتجة عن تنفيس انفعالات حجزت في دواخلهم بسبب أو لآخر، وقاد هذا مورينو لأن يطور أساليب جماعية من العلاج أدت إلى دفع حجر الأساس في السيكودراما.

فوائد العلاج بالتمثيل المسرحي النفسي:

1- تكشف كتابة التمثيلية وإخراجها للمريض عن بعض النواحي الهامة في مشكلته التي لم يدركها فيما سبق، والتي قد تكون لأزمة لحل هذه المشكلة.

2- قد يكشف الفرد أثناء التمثل عن جوانب من شخصيته ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره، ويمكن أن تتخذ موضوع فحص وتحليل مما يساعد في العلاج.

3- شعور الممثل (المسترشد) بفهم الآخرين له، وتعاطفهم معه ودعمهم له يساعده على النجاح في تجاوز مشكلاته.

4- تدريب الأفراد على مواجهة مواقف واقعية يخافون مواجهتها.

5- التنفيس الانفعالي وإعادة إدراك مشكلاته أي تحقيق الاستيعاب.

6- مثالي للأشخاص الذين يصعب الاتصال اللفظي معهم.

7- يحرر الفرد من التوتر والقلق، وينمي بصيرته في تقيم وفهم الذات، وفهم مشاعر وسلوك الآخرين، ويحقق الكفاية في السلوك الاجتماعي.

ثانياً: المحاضرات والمناقشات:

عادة ما تتناول المناقشات والمحاضرات موضوعات لها علاقة بالصحة النفسية والتوافق النفسي، والأمراض النفسية، أو قد يعرض أحد أعضاء الجماعية حالته أو أفكاره الخاطئة التي قد تكون مشتركة بين العديد من أعضاء الجماعة وغيرها من المواضيع التي تهم أعضاء الجماعة.

ثالثاً: الأسلوب المختلط:

هو أسلوب يجمع بين طريقة السيكودراما والمحاضرات والمناقشة، مما يساعد المعالج من الاستفادة من ميزات الأسلوبين.

رابعاً: النادي العلاجي:

يقوم بعض المعالجين بإنشاء أندية علاجية تتيح فرصة العلاج الجماعي القائم على نشاط المرضى العملي والترويحي والترفيهي والاجتماعي بصفة عامة، ويهيئ كذلك المناخ النفسي المناسب الديمقراطي السمح المشبع بالحب والتقبل. وكثيراً ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي مثل الكره أو السباحة أو نشاط فني كالموسيقى أو الغناء أو التمثيل.

تقييم العلاج النفسي الجماعي:

يتصف هذا النوع من العلاج بمزايا عدة فيها:

1- اقتصادي، يوفر الوقت والجهد والتكاليف لتعامله مع عدد كبير من الأفراد معاً بدلاً من العمل مع فرد واحد.

2- لا يحتاج إلى عدد كبير من المعالجين، ولذا فهـو مفيـد في حالـة نقـص أعداد المرشدين أو المعالجين.

3- يشعر الفرد بالثقة ويصحح ادراكاته للأمور.

4- يزيد من مشـاعر الانتمـاء ويقلـل مـن الشـعور بالوحـدة والألم لـدى المسترشد (العضو) في الجماعة.

5- يتيح للفرد الفرصة للتنفيس الانفعالي في جو اجتماعي آمن.

أما أهم الانتقادات التي وجهت لمثل هذا النوع من العلاج فهي:

1- نادراً ما يحدث تغييراً جوهرياً في الشخصية.

2- قد لا يناسب بعض الأفراد الذين يخجلون من أن يتكلموا عن أنفسهم ومشكلاتهم أمام عدد كبير.

3- يصعب استخدامه من علاج الحالات المرضية الشديدة.

4- تتطلب خبرة وتدريب جيداً من المعالجين للقيام بهـا وإلا فلتـت زمـام الأمور من أيديهم.

رابعاً: الأسلوب النفسي التربوي.

لقد جاء هذا الأسلوب الذي يجمع بين الجوانب النفسية والجوانب التربوية كخطوة من التحليليين للتغلب على السلبية التي رافقت النظرية التحليلية في أنها تهمل الجوانب التربوية وتنظر إلى المدرسة نظرة إزدراء.

ولقد استندوا إلى فرضية مفادها أن مشاكل الطفل تنتج عن تداخل ما بين الطاقات البيولوجية الفطرية، والخبرات الاجتماعية المبكرة وعليـه فقـد وضـعوا

هذا الأسلوب لإيجاد التوازن بين أهداف العلاج النفسي والأهداف الأكاديمية والسلوكية.

وتعتبر هذه الاستراتيجية أو الأسلوب مزيجاً من اساليب التحليل النفسي واساليب تعديل السلوك، بمعنى أنها تهتم بما يفعله الطفل في المدرسة من سلوكات وفي نفس الوقت لا تهمل البحث في الأسباب التي أدت بالفرد لسلوك تلك السلوكات، عدا أنها كأسلوب تهتم بالصعوبات التعلمية الناتجة عن الاضطرابات السلوكية، وتدرس تأثير جماعة الأقران، والظروف البيئية المحيطة بالطفل، ولا تهمل دور المعلم في العلاج.

وعلى المعالج في هذا الأسلوب أن يراعي مجموعة عوامل عند البدء في وضع خطة العلاج، وهذه العوامل هي:

1- طبيعة المطالب البيئية والضغوط التي تفرضها على الطفل.

2- قدرة الطفل على مواجهة تلك المطالب.

3- علاقة الطفل بجماعات الرفاق.

4- علاقة الطفل بالمعلم.

5- دافعية الطفل لتحقيق السلوك السوي.

6- مفهوم الطفل عن ذاته.

ويلخص (عبد الرحيم، 1982) أهم عناصر هذه الإستراتيجية في النقاط التالية:

1- توجد هذه الإستراتيجية مداخل متعددة للتعامل مع الطفل، مدخل

السلوك العقلي، ومدخل أسباب السلوك، ومدخل الصعوبات التعلمية التي يواجهها الطفل.

2- إن الطفل يمتلك طاقات فطرية عندما تتفاعل مع الخبرة فإنها تحدد قدرة الطفل على مسايرة المواقف.

3- إذا لم يكن الطفل مزوداً بمهارات النجاح في العمل المدرسي فإنه يواجه الفشل الذي يترتب عليه الإحباط والشعور بالقلق مما يؤدي بدوره إلى سلوك سوء التوافق.

4- إذا تمت مواجهة سلوك سوء التوافق عند الطفل بالعنف من جانب المعلم أو الرفاق، فإن ذلك من شأنه أن يخلق قدراً أكبر من الإحباط للطفل مما يضعه في حلقة مفرغة.

5- كسر تلك الحلقة هو الهدف الأساسي لهذا المدخل.

6- الهدف هو تقليل السلوك سيء التوافق وتعليم الطفل مسايرة الحاجات والضغوط.

7- يوضح التركيز على أهمية العلاقة بين المعلم والطالب على أساس من وضع تعليمي يتكون من الهيئة التدريسية والزملاء والمواد الدراسية، وعلى دافعية الطفل لتعلم الأشكال المختلفة من السلوك.

ولقد وضع لونج وآخرون (1971) بعض الاقتراحات التي يمكن الاسترشاد بها عند استخدام هذا الأسلوب وهي:

1- يجب تطوير البيئة التربوية بشكل يسمح بمراقبة المؤثرات النفسية التي يمكن أن تؤثر على الطالب، وذلك كمراقبة التفاعل بين الطالب وكل من المعلم والعاملين والأقران والمنهج، وكذلك مراقبة كل من التنظيم الاجتماعي

للصف، والقيم التي يتبناها المعلم، والتعليمات السلوكية، وغيرها من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الجانب النفسي للطالب، كما يجب على المعلم أن يكون على وعي بهذه المؤثرات وأن يعمل على تعديل بيئة الصف كي يسهل على الطالب فرص التكيف النفسي والشخصي.

2- التركيز على علاقة المعلم بالطالب، وعلى خصائص المعلم مثل العطف والإحساس والتسامح، وغيرها من الخصائص التي تعتبر هامة ومطلوبة للتعامل مع الطلاب المضطربين سلوكياً، فالطالب المضطرب سلوكياً يجب أن يشعر أن المعلم مهتم بتكيفه الشخصي.

3- يجب أن يمتزج التعلم بالمشاعر الإيجابية، إذ أن التركيز على التعليم فقط بما فيه من عمليات حسابية، وحقائق وقراءة كتب مقررة قد يؤدي بالطالب إلى الإحباط والغضب، لهذا يجب التركيز على الأنشطة المرتبطة باهتمامات الطالب بالإضافة إلى التعليم.

4- مساعدة الطالب على التعامل مع الضغوط والصراعات النفسية الناتجة عن الخبرات السلبية التي تعرض لها وذلك من خلال التركيز على جوانب محددة من الصراعات أو الأزمات التي يعاني منها الطالب، ومساعدته على تبصر المشكلة وتطوير بدائل إيجابية للتعامل مع المواقف التي تسبب هذه الصراعات أو الأزمات.

5- على المعلم أن يكون لديه استعداداً للتعاون مع العاملين في المدرسة والمجتمع لمساعدة الطالب المضطرب سلوكياً، فتربية الطلاب المضطربين سلوكياً يجب أن لا تكون مسؤولية المعلم بمفرده، بل على المعلم أن يكون

قادراً على تنظيم دعوة الأفراد ذوي التخصصات المختلفة (الطبيب الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، معالج النطق، أولياء الأمور)، وغيرهم، وذلك من أجل بناء وتطوير برنامج علاجي للطالب.

خامساً: العلاج باللعب:

يمكن القول أن العلاج النفسي باللعب يقدم خبرة فريدة من نوعها للأطفال، ويذكر وينيكوت (Winnicotte) أن اللعب في حد ذاته أياً كان شكله هو علاج: لأنه فقط يتضمن اتجاهاً نحو اللعب.

ويشير كلارك موستاكس (1990) إلى أن العلاج باللعب يتيح فرصة تكوين علاقة في موقف تكون فيه الحدود أكثر اتساعاً، ففي حجرة اللعب يستطيع الأطفال أن يعيشوا مشاعرهم وأحاسيسهم وأن يعبروا عنها بصورة كاملة، فيعبرون عن كراهية أو خوف أو غضب أو أن يظهروا اشمئزازاً من أشياء معينة أو أن يكونوا مرحين أو بالعكس من ذلك، وبمقدور الأطفال كذلك وهم يمارسون اللعب الخيالي أو الايهامي أن يصبحوا ناضجين، فيصيروا رجالاً ونساءً يسدون النصح للناس، وأخيراً يمكن أن يكونوا في لعبهم التخيلي أي شيء يريدونه، وإن هؤلاء الأطفال وهم يلعبون في حجرة اللعب بحاجة إلى أن يكونوا غير خاضعين لضغوطات الحياة اليومية في بيئاتهم سواء البيئة المدرسية أو الأسرية، منهم في حجرة اللعب أسراراً يكتشفون مشاعرهم واتجاهاتهم أيا كانت.

والإرشاد والعلاج باللعب فهو عبارة عن طريقة منظمة للحصول على التبصر والوعي بعالم الطفل أو صورته الداخلي من خلال اللعب، الذي يعد

وسيلة الأطفال الأساسية في الاتصال، وطريقهم العضلي في التعبير عن مشاعرهم.

ويرجع استخدام اللعب في الإرشاد أو العلاج إلى النظرية التحليلية، التي استخدمت اللعب لتفسير الدوافع اللاشعورية لدى الطفل.

وقد وضع أماستر (Amaster) قائمة تتكون من (6) استخدامات للعب في مجال العلاج وهي:

1- يمكن استخدام اللعب في مجال التشخيص.

2- يمكن استخدام اللعب لتأسيس أو إقامة علاقة عمل.

3- يمكن أن يستخدم اللعب بعدة فترة راحة من خلال عمل الطفل اليومي.

4- يمكن استخدام اللعب لمساعدة الطفل على أن يتعامل لفظياً مع بعض الخامات بوعي ويتوافق مع مشاعره.

5- يمكن أن يستخدم اللعب في تطوير نشاط الطفل اليومي، والذي يمكن أن يستفيد منه في المستقبل..

6- يمكن استخدام اللعب في مساعدة الطفل على أن يتعامل مع الخامات على المستوى اللاشعوري كي تريحه من التوترات المصاحبة.

مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي باللعب:

حددت اكسلين استخدام العلاج الجماعي بأنه قد يكون أكثر فائدة من العلاج الفردي مع الحالات التي تتركز فيها مشاكل الأطفال حول النشاط الاجتماعي، وعندما يتركز العلاج حول مشاكل انفعالية عاطفية عميقة يكون العلاج الفردي أجدى من العلاج الجماعي.

إذن العلاج الجماعي ضروري لحالات معينة من الاضطرابات تذكر نماذج منها فيما يلي:

1- الشخصيات الانسحابية.

2- الشخصيات غير الناضجة.

3- الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية.

4- الأطفال الذين يعانون من مخاوف شاذة.

5- الأولاد المخنثون.

6- الأطفال ذو العادات السيئة.

7- النماذج العدوانية.

كما أن هناك نماذجاً لا يتناسب هذا العلاج مع ظروفها ونوعية اضطراباتها مثل:

1- حالات الكراهية الشديدة للأخوة.

2- الأطفال الذين يبدون اتجاهات سيكوباتية.

3- الأطفال ذوو الاتجاهات الجنسية المتزايدة والجنسية الشاذة.

4- حالات السرقة المتكررة.

5- حالات العدوان المفرطة.

محددات العلاقة العلاجية

على الرغم من كل تلك الخلافات والاتجاهات النظرية المختلفة إلا أننا نجد اتفاقاً شبه عام حول بعض هذه المحددات للعلاقة العلاجية بين الطفل

والمعالج في جلسة العلاج باللعب، ويذكر (موستاكس، 1990) أن هناك أشياء معينة لا يجب أن يفعلها الطفل، وتخدم هذه المحددات بل وتهدف إلى تحديد الأدوار والمسؤوليات تجاه المعالج وتجاه غرفة اللعب وتجاه الطفل نذكر منها:

1- لا تسمح للطفل بأخذ أية محتويات من غرفة اللعب إلى المنزل.

2- لا يسمح للطفل بالاعتداء المادي على المعالج أو على ملابسه.

3- لا يسمح للطفل بتدمير أو تحطيم أية ممتلكات أو أدوات داخل غرفة اللعب.

4- لا يسمح للطفل بالبقاء بعد الوقت المحدد للجلسة.

5- لا يسمح للطفل بنقل اللعب من الغرفة.

6- لا يسمح للطفل برمي أو إلقاء اللعب أو الأدوات من النافذة.

وهذه المحددات من شأنها أن تسمح للمعالج باتخاذ موقفاً إيجابياً تجاه الطفل.

سادساً: الأسلوب البيئي (العلاج الأسري):

نشأ هذا الأسلوب من افتراض بأن المشكلات الإنسانية تنتج عن العمليات المضطربة التي تقع بين المثير وهو الطفل والمستجيب وهي البيئة (الأسرة، الرفاق، المعلمون)، بمعنى أن اضطراب السلوك هو نقطة من عدم التناسب بين الطفل والبيئة التي تحيط به، وبهذا فإن هذا الأسلوب يعارض الأساليب العلاجية التي تتعامل مع الطفل بمفرده على اعتبار أن اضطرابات السلوك هي خصائص كامنة في الفرد نفسه بشكل تام.

وعليه يجب عند التخطيط لبرنامج علاجي للأطفال المضربين سلوكياً أن

نضع في الاعتبار النظام الاجتماعي وأسرة الطفل، والمؤسسات الاجتماعية والأفراد الذين يتفاعل معهم، والمدرسة، وغرفة الصف، والبيئة الطبيعية وغيرها من المؤثرات الاجتماعية.

أما العلاج الأسري فإنه يعتمد على أهمية الأسرة كوحدة أو كنظام مؤثر على نمو الشخص وتوافقه النفسي، وكذلك يقوم على أساس أن الأسرة المضطربة تعتبر تربة خصبة لنمو الاضطرابات النفسية لدى الفرد، وأن الطفل المضطرب ما هو إلا عرض من أعراض اضطرابات الأسرة.

هنا يلتقي المعالج/ المرشد بأفراد الأسرة كلهم، ما أمكن ذلك، أو على الأقل في بعض الجلسات العلاجية، حيث يعلمهم أن المشكلة التي تعاني منها الأسرة، حتى لو كانت مرتبطة أو خاصة بأحد أعضائها، إنما هي خلل في نظام الأسرة وديناميات‍ها، وأن حل المشكلة يتضمن تدخل جميع أعضاء الأسرة طالما أن مشكلة عضو تؤثر على بقية الأعضاء والأسرة بأكملها.

وهكذا يلتقي المعالج بأعضاء الأسرة في عيادته أو في المنزل وتكون الجلسات عادة مرة كل أسبوع ولمدة ساعة، ويلاحظ بدوره التفاعلات المتبادلة بين أعضاء الأسرة.

أما الاساليب التي يستخدمها المعالج الأسري لإعادة الاستقرار والعمل على المشكلات التي تواجه الأسرة فتمتد إلى حد كبير على توجهه النظري والمدرسة التي ينتمي إليها، فالمعالج الأسري السلوكي سيكون مهتماً بتعديل سلوك أحد الأعضاء أو الأسرة، وسينظر إلى العملية العلاجية على أنها عملية تعليمية، يحاول فيها المعالج أن يعلمهم كيف يقوون سلوكاتهم الضعيفة، أو يقللون من السلوكيات غير المرغوبة، وقد يعلمهم مهارات جديدة في التفاعل والاتصال أو حل المشكلات واتخاذ القرار وغيرها.

أهداف العلاج الأسري:

- تحقيق فهم أفضل عند كل عضو في الأسرة لبقية أعضاء الأسرة.
- فهم أفضل الوسائل للتعامل مع الأسرة.
- حل المشكلات المشتركة بينهم.
- التخلص من التوتر الانفعالي في الأسرة.
- حل الصراعات المرضية والقلق الذي يعكر صفو الأسرة.
- تقليل التضارب والتوافق بين الجنسين في الأسرة بين الأجيال المختلفة كما بين الأجداد والأحفاد.
- تحصين الأسرة ضد احتمالات الاضطراب النفسية.
- تحقيق الصحة النفسية في الأسرة كجماعة وبالنسبة لأفرادها.

ورغم هذه المزايا للعلاج الأسري إلا أنه يعاني من مشكلات وصعوبات تمثيلية في صعوبة إيجاد وقت تجتمع فيه الأسرة بأكملها عند المعالج أو المرشد، وقد يرفض أحد الأعضاء المهم حضوره وتعاونه إلى العلاج، كما أنه يحتاج إلى معالج متمرس وخبير يتمكن من إدارة الجلسات وملاحظة ما يدور فيها بدقة، ويستطيع التدخل بطريقة مناسبة أثناء التفاعلات الأسرية داخل الجلسات.

ويقترح (السرطاوي، وسيسالم، 1987)، بعض الاعتبارات التي يمكن الاسترشاد بها عند استخدام الأسلوب البيئي، وهذه الاعتبارات هي:

1- أن كل طفل يعتبر جزءاً لا يتجزأ من النظام الاجتماعي ولا ينفصل عنه.

2- يجب أن لا ينظر إلى الاضطرابات على أنها مرض متواجد داخل جسم الطفل، ولكن ينظر إليها على أنها قصور في التوازن مع النظام الاجتماعي.

3- إن القصور في التوازن مع النظام يفسر على أنه تفاوت ما بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة وتوقعاتها (الفشل في الترابط ما بين الطفل والنظام الاجتماعي).

4- إن هدف العلاج يتمثل في تفاعل الطفل مع النظام الاجتماعي حتى بعد توقفه.

5- إن التحسن في أي جزء من النظام قد يفيد النظام كله.

6- هناك ثلاثة مجالات أساسية للعلاج بالأسلوب البيئي:

أ- إحداث تغيير في الطفل.

ب- إحداث تغيير في البيئة.

ج- إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات.

ولقد قام (هوبز وزملاءه، 1969) بتنفيذ هذه الإستراتيجية وأسمو البرنامج إعادة تعليم الأطفال المضربين سلوكياً (Re- Ed) وتوصلوا إلى عدة مبادئ وهي:

1- وجوب أن يعيش الطفل كل لحظة من حياته بمشاركته في كافة النشاطات المتاحة والتي يمكن له أن ينجح فيها.

2- يعتبر الوقت حليفاً للطفل فقد يتحسن الطفل مع مرور الزمن مع خضوعه للبرنامج.

3- يجب غرس الثقة في نفس الأطفال من خلال التفاعل مع البيئة.

4- يجب أن يتم تنظيم البيئة التعليمية بحيث نضمن للطفل تحقيق النجاح الذي يقوده إلى الثقة بذاته واحترامها.

5- ضرورة معالجة الأعراض والتحكم بها وضبطها بدلاً من البحث والتعمق في الأسباب فقط.

6- على المعلم أن يدرب الطفل على الضبط المعرفي من خلال العلاقة المهنية القائمة بينهما.

7- تطبيع المشاعر وتطويرها وذلك بتنظيم المواقف البيئية التي تسمح بإظهار العواطف والمشاعر تجاه الأقارب والحيوانات وغيرها.

8- إن وضع الطفل أثناء برنامج العلاج مع مجموعة استرشادية أمر ضروري بهدف تبادل الخبرة وإجبار الطفل على التفاعل مع الجماعة.

9- توفير كافة الفرص الترويحية والتي تضمن أن يقوم الطفل بالتفاعل النشط معها مما يكسبه الثقة في نفسه وذاته.

10- ضرورة تقوية الجسم بممارسة الأنشطة الرياضية لأن الجسم هو الدرع الواقي للذات.

11- أن تعرف الطفل على المظاهر الاجتماعية أمر بالغ الأهمية من خلال الأنشطة الاجتماعية والزيارات المتكررة للمؤسسات الاجتماعية مما يسهل تقبل الطفل مجدداً في الحياة الطبيعية ويسهل دمجه فيها.

12- يجب أن يشتمل البرنامج العلاجي على فترات من المرح تحبب الطفل به.

وأخيراً لقد أشار (ابتر 1982)، إلى أن الحاجة تصبح ماسة للعلاج عند تدهور العلاقة بين الطفل والبيئة، كما وأنه يمكن تتمة المعالجة بالأسلوب البيئي وفقاً لواحدة أو أكثر من الأساليب التالية.

1- العمل مع الطفل: بناء قدرات جديدة، تغيير في الأولويات، توفير المصادر الضرورية، إيجاد بيئات أكثر ملائمة.

2- العمل مع الكبار: تغيير المدركات، إزالة أو خفض التوقعات، زيادة الفهم والمعرفة، إعادة بناء الأنشطة.

3- العمل مع المجتمع: توفير مصادر أكثر للمدرسة، السماح بالدخول في المجتمع بصورة أوسع، تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع.

4- تطوير نماذج جديدة للعلاج: التربية المفتوحة، المدارس العامة البديلة، التركيز على الوقاية، تدريس الصحة النفسية.

المراجـــع

المراجع

- المراجع العربية.
- المراجع الأجنبية.

المراجع

المراجع العربية:

1- إبراهيم، مروان، (2007)، **الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة الوراق.

2- أبو النصر، مدحت، (2005)، **الإعاقة النفسية، المفهوم، الأنواع، وبرامج الرعاية**، مجموعة النيل الحديثة.

3- أبو فخر، غسان، عبد الحي، (1992)، **التربية الخاصة للأطفال المعوقين**، مطبعة الاتحاد، دمشق.

4- أسعد، ميخائيل ابراهيم، (1986) **علم الاضطرابات السلوكية**، الأهلية للنشر والتوزيع.

5- إسماعيل، نبيه، (2006)، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة الانجلو المصرية.

6- بحري، منى، قطيشات، نازك، (2011)، **العنف الأسري**، دار صفاء.

7- البطانية، إسامة، والجراح، عبد الناصر، وغوانمه، مأمون، (2007)، **علم نفس الطفل غير العادي**، دار المسيرة، عمان.

8- بطرس، بطرس حافظ (2007)، **إرشاد الأطفال العاديين**، دار المسيرة.

9- بطرس، بطرس، حافظ، (2011)، **إعاقات النمو الشاملة**، دار المسيرة،

10- جابر، جابر عبد الحميد، (2004)، **خصائص التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفكر العربي.

11- جرجس، ملاك، (1985) **مشكلات الصحة النفسية للأطفال**، الدار العربية للكتاب.

12- جلال، سعد، (1980) **في الصحة العقلية والأمراض النفسية العصبية والانحرافات السلوكية**، مكتبة المعارف الحديثة.

13- جيبستون، سواني، فورد، سونيا. (2009)، **إدارة العملية التعليميه لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفاروق.

14- حسين محمد عبد المؤمن، (1986) **مشكلات الطفل النفسية**، دار الفكر الجامعي.

15- الحمداني، منال (2010)، **الظواهر السلوكية غير المرغوبة لدى الأطفال**، دار صفاء.

16- الخالدي، عطا (2008) **إرشاد المجموعات الخاصة**، دار صفاء.

17- الخالدي، عطا الله، العلمي. دلال، (2009). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق**، دار صفاء.

18- خطاب، محمد، وحمزة، أحمد، (2008)، **سيكولوجية العلاج باللعب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

19- الداهري، صالح، (2008)، **أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار صفاء.

20- زيعور، محمد، (1993)، **التأهيل النفسي والاجتماعي للطفل والمراهقين**، دار عز الدين للنشر والتوزيع.

21- الراوي فضيلة. حماد، آمال (1999)، **التوحد الإعاقة الغامضة**، مؤسسة حسن بن علي: الدوحة.

22- الرفاعي نعيم (1987)، **الصحة النفسيه، دراسة في سيكولوجية التكيف**، منشورات جامعة دمشق.

23- الروسان، فاروق (1996). **أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة.**

24- الزعبي، أحمد محمد، (2003)، **التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم.**

25- زهران، حامد (1985)، **التوجيه والإرشاد النفسي**، عالم الكتب: القاهرة.

26- زهران، حامد عبد السلام، (1982)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة.

27- السبيعي، عدنان. (1982) **سيكولوجية المرضى والمعوقين.**

28- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987). **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً**، دار عالم الكتب لنشر والتوزيع الرياض.

29- السرطاوي، عبد العزيز، السرطاوي، زيدان (1988). **التقييم في التربية الخاصة.**

30- سلطان، عبد المحسن، (2005)، **دور المجتمع نحو أبنائه من ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار العلم والثقافة.

31- سليمان، عبد الحميد، وعبد الله، محمد، (2003)، **الدليل التشخيصي للتوحديين.**

32- سليمان، عبد الرحيم، (2001)، **أعاقة التوحد**.

33- شارلز، شيفر، وهوارد، ميلمان، (1996)، **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**، ترجمة نزيه حمدي، نسيمة داود، منشورات الجامعة الأردنية، الطبعة الثانية، عمان.

34- شاكر عطية، قنديل (1981). **تربية الأطفال المعوقين انفعالياً والمشكلين سلوكياً**. مجلة التربية.

35- شقير، زينب، (2002)، **خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة النهضة المصرية.

36- شقير، زينب، (2002)، **خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة النهضة المصرية.

37- شواهين، خير، سحر، وشنبورة، أمل (2010)، **استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار المسيرة، عمان.

38- الشيخ، يوسف. عبد الغفار عبد السلام. (1966). **سيكولوجية الطفل غير العادي**.

39- صندوق الملكة علياء، (1993) **دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي**.

40- الطاهر: محمد (1981)، **تيارات جديدة في العلاج النفسي**، دار المعارف: القاهرة.

41- عبد الحميد، أشرف (2007)، **الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الزهراء، الرياض.

42- عبد الرحيم سليمان (1998) **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة.**

43- عبد الرحيم، فتحي (1989) **سيكولوجية الأطفال غير العاديين،** إستراتيجية الخاصة (ج1، ج2)، دار القلم الكويت.

44- عبد الرحيم، فتحي، (1983)، **قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين،** دار التعليم الكويت.

45- عبد الرحيم، فتحي، (1983)، **قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين.**

46- عبد الرحيم، فتحي، وبشاي حليم (1982)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** (ج1).

47- عبد الرحيم، محمد السيد، وحسن، منى خليفة، (2004)، **دليل الأباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر.** للطفل التوحدي.

48- عبد الرحيم، محمد، حسن، منسى (2005)، **رعاية الأطفال التوحديين.**

49- عبد العزيز، سعيد (2008)، **إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة،** دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

50- عبد الوهاب، أماني، (2008)، **الكفاءة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة،** مكتبة الانجلو المصرية.

51- عبيد، ماجدة (1999)، **تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.**

52- عبيد، ماجدة، (2008)، **الضغط النفسي ومشكلاته، وأثره على الصحة النفسية،** دار صفاء

53- عبيد، ماجدة، (2010)، **برامج التربية الخاصة ومناهجها،** دار صفاء، عمان.

54- غزال، عبد الفتاح (2006)، **المشكلات السلوكية**، طيبة للنشر والتوزيع.

55- غيث، سعاد، (2006) **الصحة النفسية للطفل**، دار صفاء.

56- الفرماوي، حمدي، وعبد الله، رضا، (2009)، **الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة.**

57- فرويد، لوزنز وآخرون (1986)، **سيكولوجية العدوان**. ترجمة عبد الكريم ناصيف.

58- فهمي، محمد (2007)، **التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الوفاء الاسكندرية.

59- القاسم، جمال، عبيد، ماجدة، الزعبي، عماد (2000). **الاضطرابات السلوكية**، دار الصفاء.

60- القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل. (1980) **المدخل إلى التربية الخاصة**، دار التعلم، الإمارات العربية المتحدة، دبي.

61- كاشف، إيمان، وعبد الله، هشام، (2009)، **القياس النفسي والاجتماعي وتقويم وتنمية المهارات الاجتماعية عند ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الكتاب الحديث.

62- كالفن هول، جارنز ليندزي (1978)، **نظريات الشخصية**، ترجمة د. فرج أحمد فرج، د. قدري حفني، ج. لطفي فطيم.

63- كامل، محمد علي، (2003)، **الإخصائي النفسي المدرسي وفرط النشاط واضطراب الانتباه**، مركز الاسكندرية للكتاب.

64- كامل، محمد علي، (2003)، **الإخصائي النفسي المدرسي وفرط النشاط واضطراب الانتباه**، مركز الأسكندرية للكتاب.

65- لازاروس، ويرنـدا، ومـايبري، سـالي. (2008). **تعلـيم التلاميـذ ذوي الاحتياجات الخاصة في القرن الحادي والعشرين**.

66- مارتن هربرت، ترجمة د. عبد المجيد نشواني، (2000) **مشكلات الطفولة**.

67- مجيد، سوسن، (2007) **التوحد، أسبابه، خصائصه الشخصية، علاجه**.

68- مجيد، سوسن، (2008) **مشكلات الأطفال النفسية والأساليب الإرشادية لمعالجتها**، دار صفاء.

69- مجيد، سوسن، (2008)، **اتجاهـات معاصـرة في رعايـة وتنميـة مهـارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار صفاء.

70- مجيد، سوسن، (2008)، **العنف والطفولة**، دار صفاء.

71- محمد، مصطفى (1986)، **التخلف الاجتماعي**.

72- مصطفى أحمد، عبله أحمد (1991). **الإعاقة البسيطة**.

73- مطر، عبد الفتاح، (2008)، **اضطراب الأكـل لـدى العـاديين والمعـاقين**، دار الوفاء.

74- المليجي عبد المنعم، المليجي حلمـي، (1985) **النمـو النفسـي للأطفـال**، الدار العربية للكتاب.

75- منسي، حسن، (2004) **التربية الخاصة**، دار الكندي، عمان.

76- النجار، أحمد، (2006)، **التوحد واضطراب السلوك**.

77- نعامة، سليم (1985) **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة**.

78- النوبي، محمد، (2010)، التنشئة الأسرية، وطمـوح الأبنـاء العـاديين ذوي الاحتياجات الخاصة، دار صفاء، عمان.

79- النوبي، محمد، (2010)، **قضايا معاصـرة في التربيـة الخاصـة**، دار صـفاء، عمان.

80- يوسف ميخائيل اسعد، (1977) **السـلوك والانحرافـات الشخصـية**، مكتبـة الأنجلو المصرية.

81- يوسف، محمد (2003)، **دراسات الإعاقة وذوي الاحتياجـات الخاصـة**، دار غريب، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1- Apter. J.S. (1988). Troubled Children, Troubled Systems N.Y. Pergaman Press Inc.

2- Charles-Rycroftl (1968), Acritical Dictionaty of Psychoanalysis.

3- Danial D.Hallanhan and James Kawffman. (1978) Exceptional Children Prentice hall inc Englwood Cliffs New Jersey.

4- Fndler, Norman s, Mc Vicker Hunt, J, (1984) Personality and Behavional Desorders John Wiley and Sons Inc.

5- George Sugai and Lary Maheady. (1986) Teaching Exceptional Children, Fall.

6- Jones, warren, H, Cheek, Jonathan. M. Briggs, Stephen, R, shyness, (1986) Perspectives on Research and Tratment, Plenum Press, New Yourk.

7- Menninger. R.W. (1944) The Historyof Psychiatry.Dis, Nerr – System.

8- Robert Woody. (1969) Behavioral Problem Childen in The Schools,.

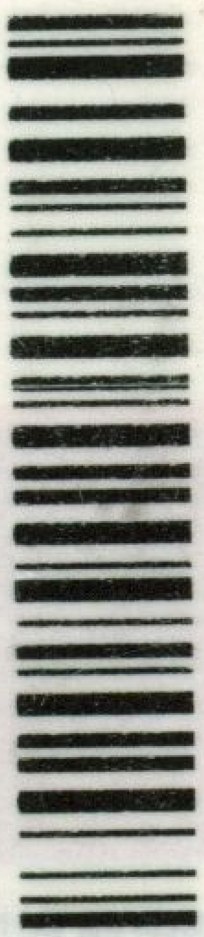
9- Thomas M.sheu. (1978) Teaching Children and Youth With Behavioral Disorders.

10- Thompwon, Charles L, Rudolph, Linda B, (1983) Counseling Children, Wadsorth, Inc, Belmont, California.

11- Zimbardo, Phlip, Shyness, (1977) What it is What to do About it, Addison Wesley, Reading, MA.

الاضطرابات السلوكية









دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان - شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري - هاتف : 4611169 6 962+
تلفاكس: 4612190 6 962+ ص.ب 922762 عمّان 11192 الأردن
Safa@darsafa.net Safa@darsafa1.net Safa@darsafa.info

 دار صفاء للنشر والتوزيع  دار صفاء للنشر